N°94 JUIN 2014

le fil dentaire

Le magazine référence des professionnels de la santé dentaire

p 34 Clinic Étude
Apport de l'anesthésie intraosseuse pour les patients atteints de MIH

p 42 Conseil Organisation
CCAM, devis unique, ... : montrez-vous optimiste et proactif face aux changements

Le sinus dans tous ses états

conduit par le Dr Georges Khoury

p14

+ WWW.LEFILDENTAIRE.COM

SIVP DENTAIRE EN QUELQUES CHIFFRES...

+ de 200 000
travaux livrés

+ de 5 000
céramiques réalisées
chaque mois

70 collaborateurs
Une équipe disponible
et à taille humaine

1 200m²
d'unité de fabrication
à Istanbul
2 laboratoires
Paris - Barcelone

Réalisation CFAO/CADCAM
pour des travaux
de précision

Création CORNELIUS COMMUNICATION - 01 46 22 03 13 - www.cornelius-communication.com

NOUS FABRIQUONS 100 % DE VOS PROTHÈSES

...NOTRE CONCEPTION DU MÉTIER DE PROTHESISTE...

Réactivité & Efficacité
Une équipe expérimentée et formée en continu pour agir dans les meilleures conditions et les délais les plus rapides (5 jours ouvrés).

Sérénité
Laboratoire doublement certifié ISO (9001:2008 et 13485:2003). Utilisation des meilleurs matériaux disponibles sur le marché européen.

Ecoute personnalisée
Vos demandes sont analysées de manière quasi instantanée avec la plus grande rigueur et le plus grand professionnalisme.

Rentabilité
Un des meilleur rapport qualité/ prix de la profession, pour vous permettre un accroissement de la rentabilité de vos cabinets dentaires tout en maintenant vos exigences de qualité.

✆ **01 40 54 89 24**

La qualité au juste prix

sivp dentaire

...LA CLÉ DU SUCCÈS !

www.sivpdentaire.com

REVUE MENSUELLE
95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie.
Tél. : 01 56 74 22 31 Fax. : 01 73 79 02 40
contact@lefildentaire.com

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION
Patricia LEVI - patricialevi@lefildentaire.com
Une publication de la société COLEL
SARL de presse - RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 – Dépôt légal à parution

RÉDACTEUR EN CHEF
Dr Norbert COHEN - norbertcohen@gmail.com

RÉDACTEUR EN CHEF EXCEPTIONNEL POUR CE NUMÉRO
Dr Georges KHOURY

DIRECTION ARTISTIQUE
Agence Klaim

RÉDACTION
Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL, Dr Steve BENERO, Dr Edmond BINHAS, Dr Marie BOROWSKI , Dr Maroun BOUKARAM, Rodolphe COCHET, Dr Émilie DEHAYNIN, Dr Caroline DELFOSSE, Dr Guillaume DROUET, Dr Angela GILET, Dr Pierre LAHOUD, Dr Mathilde LAUMAILLÉ, Dr Harry MAAREK, Dr Christian MAKARY, Dr Abdallah MENHALL, Dr Éric NORMAND, Dr Thomas TRENTESAUX, Dr Ronald YOUNÈS

CONSEILLER SPÉCIAL
Dr Bernard TOUATI

COMITÉ SCIENTIFIQUE
Dr Fabrice BAUDOT (endodontie, parodontologie)
Dr Eric BONNET (radiologie numérique, blanchiment)
Dr Alexandre BOUKHORS (chirurgie, santé publique)
Dr Nicolas COHEN (microbiologie, endodontie, parodontologie)
Dr François DURET (CFAO)
De Georges FREEDMAN (cosmétique) (Canada)
Dr David HOEXTER (implantologie, parodontologie) (USA)
Dr Georges KHOURY (greffes osseuses)
Dr Alexandre MIARA (blanchiment)
Dr Hervé PEYRAUD (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
Dr Philippe PIRNAY (éthique)
Dr René SERFATY (dentisterie restauratrice)
Dr Raphaël SERFATY (implantologie, parodontologie)
Dr Stéphane SIMON (endodontie)
Dr Nicolas TORDJMANN (orthodontie)
Dr Christophe WIERZELEWSKI (chirurgie, implantologie)

SECRÉTAIRE DE DIRECTION
Élise CZERKIEWICZ : elise@lefildentaire.com

IMPRIMERIE
Rotocayfo, Carretera de Caldes km 3.0 - 08130 - Santa Perpetua de Mogola - Barcelone Espagne

COUVERTURE
Fotolia.com

PUBLICITÉ
Patricia LEVI : 06 03 53 63 98

ANNONCEURS
Acteon Satelec • Anthogyr • AUOG • CEIOP • Champions Implants GmbH • Curaio • Dental Master • DHT • Global D • Groupe Edmond Binhas • Implant Discount • Implant Direct • NCD • Protilab • SC Distribution • SIVP Dentaire • Sunstar • UNIODF

ENCART
Crown Ceram

n°94 JUIN 2014

le fil dentaire
Le magazine référence des professionnels de la santé dentaire
p 34 Clinic Étude
Apport de l'anesthésie intraosseuse pour les patients atteints de MIH
p 42 Conseil Organisation
CCAM, devis unique, ... : montrez-vous optimiste et proactif face aux changements
Le sinus dans tous ses états
conduit par le Dr Georges Khoury
p14

p 14
Le sinus dans tous ses états conduit par le Dr Georges Khoury

p 34
Apport de l'anesthésie intraosseuse pour les patients atteints de MIH

p 42
CCAM, devis unique, ... : montrez-vous optimiste et proactif face aux changements

SUR LE FIL
• Actualités France et International Nouveaux produits - Revue de presse 6 à 12

CLINIC FOCUS
• Les complications sinusiennes post implantaires. 14
• Le point sur les élévations sinusiennes par voie latérale 18

CLINIC STEP BY STEP
• Augmentation de volume osseux sous sinusien par accès crestal, une alternative au comblement sous sinus par voie latérale 24
• Apport de la piézochirurgie dans l'élévation sinusienne par voie latérale : intérêt du volet repositionné 28

CLINIC ÉTUDE
• Apport de l'anesthésie intraosseuse pour les patients atteints de MIH 34

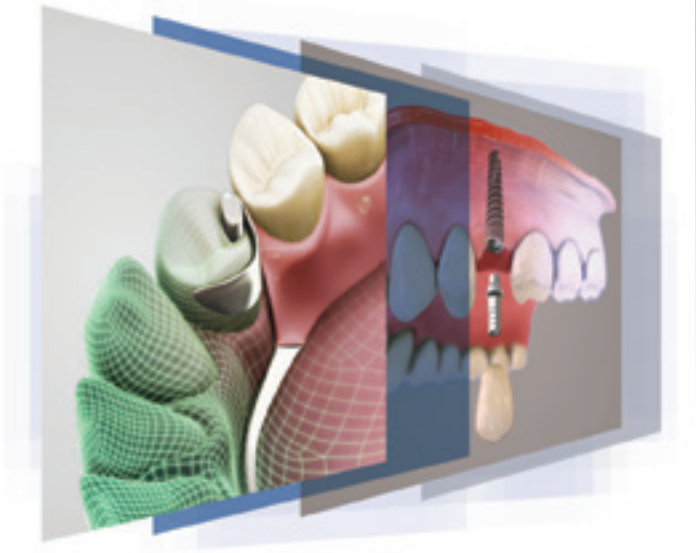
LES FICHES THÉMATIQUES PAR G.I.
• La pratique du comblement sous-sinusien par voie crestale a 20 ans ! 39

CONSEIL ORGANISATION
• CCAM, devis unique, ... : Montrez-vous optimiste et proactif face aux changements 42

CONSEIL ÉCO
• Pourquoi choisir le PEA/PME-ETI ? 42

AU FIL DU TEMPS
• Agenda des manifestations 46

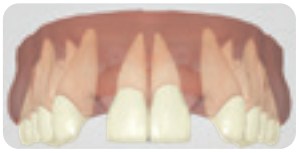
PETITES ANNONCES 50

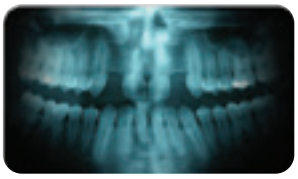


www.DentalMaster.net

le seul logiciel qui vous permet de :

- Créer
- Personnaliser
- Numériser
- Comparer
- Animer
- Montrer





Créez pour vos patients les plans de traitement 3D interactive et "sur mesure" en 1 minute

Produit distribué par Le Fil Dentaire
Tél. : 01 75 48 66 68
contact@lefildentaire.com

DentalMaster
Bringing Your Vision To Life

Copyright © 2004-2014 Mid simulation LTD. All Rights Reserved.

“Sinus maxillaires : mises au point et lectures de vacances”

Chers amis auteurs et lecteurs.
C'est avec un plaisir non dissimulé que je vous retrouve pour ce nouveau numéro du Fil Dentaire sur le thème des sinus maxillaires.

Il faudrait plus d'un livre pour faire le tour de la question tant ce site passionnant débride les imaginations. J'ai demandé à quatre auteurs reconnus de nous donner leur approche sur ce chapitre sans être contraints par un cadre précis. Leurs articles sont le reflet de l'angle sous-lequel ils se passionnent aujourd'hui pour ce sujet.

Harry Maarek modérera les ardeurs pour remettre cet acte chirurgical à sa juste place. Son expérience des complications et de leur gestion est une aide précieuse.

Il faudrait plus d'un livre pour faire le tour de la question tant ce site passionnant débride les imaginations.

Christian Makary abordera les suites opératoires avec une rigueur toute nouvelle. Son étude et analyse à séquences régulières lui donne une vision précise de la physiologie de cette muqueuse et de son comportement post traumatique.

Guillaume Drouhet nous redonnera les bases fondamentales du soulevé crestal communément appelé la technique de Summers. Sans créer de polémique sur ce sujet, il me semble normal de citer le premier auteur à avoir réalisé un soulevé crestal avec comblement et pose d'implant. Il a par la suite modifié son approche pour nous proposer la voie latérale. Vous l'aurez deviné, il s'agit de Hilt TATUM, (Cf ses impressionnants «S et R Implants» associés ou non à des comblements par biomatériaux). Début des années 90, les biomatériaux de substitution osseuse étaient déjà pour lui le «Gold Standard» du comblement et l'histoire récente lui a donné raison sur ce point.

Ronald Younes abordera techniquement l'évolution de ces dernières années, en insistant sur l'apport de la piezo-chirurgie en vue d'accès à la muqueuse sinusienne. La précision de l'abord ouvre la voie à une utilisation intéressante du volet osseux en tant que membrane autologue, par son replacement *in situ*, sur le matériau de comblement, l'isolant ainsi de la muqueuse de recouvrement.

Bonne lecture en attendant de vous retrouver à la rentrée.

Dr Georges Khoury
Responsable Scientifique du DU Clinique de Reconstitution Osseuse, Paris 7
Service de Chirurgie, Unité d'Implantologie Hôpital Rothschild
Ancien assistant des Hôpitaux de Paris
Chirurgie Orale Paris 16°

champions implants

Made in Germany

Gagnant du prix «Senses Innovations Award» 2013

Prix Regio-Effekt 2010

«Pas de micro-espace!»
(Etude Zipprich, Uni Francfort 2012)

«Une des meilleures surfaces»
(Etude Uni Cologne 2010)

Chaque (R)Evolution® est assemblé avec un Shuttle

- → Insertion > 35 Ncm des implants sans déformation des parties intérieures et de la paroi des implants, y compris ceux de diamètres de ø 3,5 · ø 4,0 · ø 4,5 et ø 5,5 mm
- → Shuttle = Conformateur gingival
- → Hermétique aux bactéries jusqu'à la mise en place de la restauration prothétique (remplacement par pilier)
- → Prise d'empreinte au-dessus du Shuttle avec un porte-empreinte fermé (transgingival), permettant un gain de temps important
- → Pas d'exposition et de réouverture («No-Re-Entry») de la gencive pendant la phase prothétique
- → Prévention de la «perte osseuse physiologique»

Génial & unique ...

... Procédé MIMI®-flapless I + II avec (R)Evolution®

Fanny Rougnon-Glasson
Coordinatrice France
Tél.: 06.40.75.69.02
fanny@championsimplants.com

www.champions-implants.com

Soirée d'information

MIMI®-Flapless dans 13 villes en France

SUNSTAR

Gamme GUM® Technique Pro

Sunstar lance la gamme de brosses à dents manuelles, GUM® Technique Pro, pour aider les patients souffrant de gingivites et parodontites à améliorer leur technique de brossage, éliminer efficacement la plaque dentaire, et optimiser leur santé buccale en général, en permettant d'atteindre les zones sous-gingivales, inter-proximales et le long du sillon gingivo-dentaire, en plus des surfaces de l'émail. .

Les brins uniques de cette brosse à dents permettent un brossage en profondeur, prévenant ainsi la cause principale des maladies parodontales : la formation du biofilm, tout en éliminant la plaque existante.

Des caractéristiques uniques qui font de GUM® Technique PRO la seule brosse à dents dans sa catégorie à proposer une efficacité de nettoyage des zones difficiles d'accès supérieures, tout en facilitant la maîtrise par le patient de la technique de brossage recommandée par les professionnels.

- brins effilés (0.01 mm de diamètre à l'extrémité), qui pénètrent plus profondément dans les espaces sous-gingivaux, interdentaires et sur la ligne gingivale.
- brins angulés, optimisant le nettoyage des espaces interdentaires tout en brossant la surface de l'émail dans différentes directions.
- manche breveté anti-dérapant «Quad-Grip» facilitant le brossage à 45°, recommandé dans les méthodes Bass et Bass modifiée.

Les brosses GUM® Technique PRO sont disponibles en 4 couleurs et en deux textures : souple ou médium sur une tête compacte en pharmacie et parapharmacies.

www.sunstargum.com

PROTILAB

Protilab présente le Condor Scan en exclusivité mondiale

Le marché de la CFAO l'attendait, il est arrivé ! Le Condor Scan breveté par le professeur François Duret marque la seconde génération de scanner intra oral. Les 40 ans d'expertise du père de la CFAO en France, ont nourri chaque détail de son développement venant à bout des multiples inconvénients souvent constatés sur ce type de matériel. En outre, le Condor Scan lève un des freins majeurs du passage au numérique, celui de la rentabilité face à l'empreinte manuelle, grâce à son prix très abordable.

Mais une démonstration vaut mille mots…

Protilab vous invite le mardi 24 juin à 20h à un webinar d'exception (séminaire sur internet) pour assister en live à la première prise d'empreinte optique en bouche à l'aide du Condor Scan.

Cette première mondiale sera présentée par son inventeur lui-même, le professeur François Duret et animée par le Dr Jean-Luc Berruet.

L'accès à ce webinar est entièrement gratuit sur simple inscription à **www.lesmardisdeprotilab.com.**

Attention : après ce webinar, vous n'aurez plus d'excuses de ne pas passer au numérique !

www.protilab.com

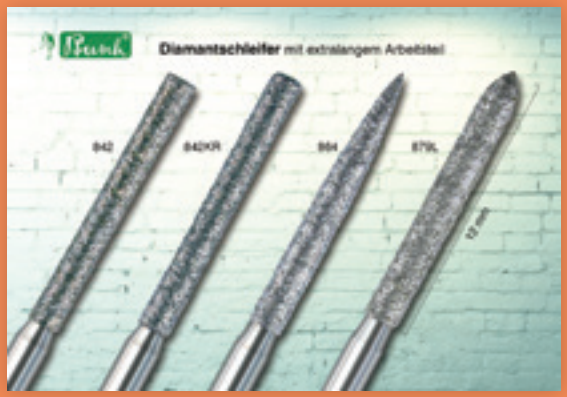
BUSH

Instruments diamantés extra longs

C'est dans le but d'effectuer les traitements optimaux des couronnes et/ou bridges également sur de longues couronnes dentaires que BUSCH a complété sa vaste gamme d'instruments diamantés par des instruments à partie travaillante extra longue.

L'utilisateur dispose des 4 figures les plus importantes, en l'occurrence le cylindre à partie frontale plate et le cylindre à arête ronde pour les préparations à épaulement, la torpille pour les préparations concaves et la flamme pour les préparations tangentielles, toutes avec une longueur de partie travaillante de 12 mm et une tige FG.

Les instruments permettent non seulement le traitement de longs chicots dentaires dans le cas de grandes dents antérieures supérieures ou tel qu'il peut par exemple s'avérer nécessaire chez les patients plus âgés en raison d'une rétraction du sillon gingival, mais aussi, le cas échéant, celui de zones plus profondes et d'accès difficile.



www.busch.eu

Vous aimeriez une anesthésie plus efficace, plus rapide, plus confortable et indolore ?
Faites-vous plaisir...

Passez à QuickSleeper 4, c'est le bon moment !

30

Bénéficiez d'une **offre unique**

*réservée aux **30** premières commandes*

Contactez Delphine au **02 41 56 14 15** ou **mail@dentalhitec.com**

Pourquoi j'ai choisi QuickSleeper ?

Photo : Stéphane Rivière
philippe@chauvire.n

www.dentalhitec.com

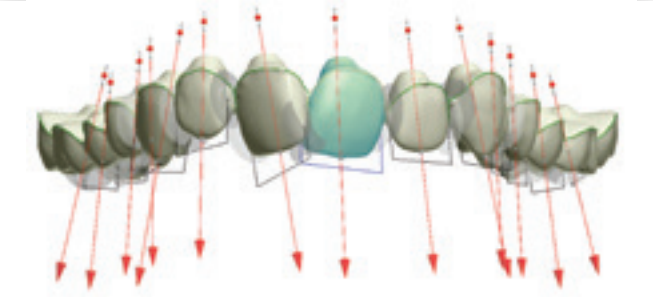
Développé et fabriqué en France

INNOVATION EN ANESTHÉSIE DENTAIRE DEPUIS 1997

BNEXT

Planification de traitement 3Shape

La prise d'empreinte numérique TRIOS® et le logiciel Ortho Analyzer™ de 3Shape permettent aux praticiens de simuler un plan de traitement complet directement sur le modèle numérique : segmentation précise et simple des dents, application des contraintes, simulation du mouvement des dents ou encore évaluation du succès du traitement par le mode de vue avant/après.



Le praticien bénéficie désormais du bilan détaillé des décisions relatives au plan de traitement pour :

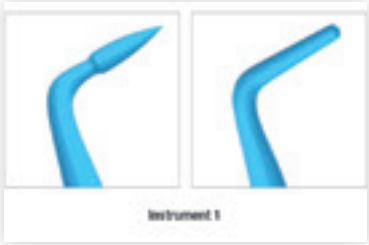
- une correspondance assurée des étapes du traitement avec le diagnostic orthodontique ;
- une communication patient interactive via les animations du setup étape par étape ;
- une conception technique précise du laboratoire grâce au rapport d'analyses complet envoyé en complément de la réalisation du praticien.

Avec la simulation claire et précise du plan de traitement, l'orthodontie entre à son tour dans une médecine plus puissante, plus simple, plus confortable et plus douce.

www.bnext-online.com

POLYDENTIA

Instruments dentaires transparents



Les Blue PolyShapes de Polydentia SA sont des instruments de placement et de modelage des composites en matière plastique de haute qualité. Le kit contient deux instruments à double extrémité. Les différents embouts sont conçus pour permettre un meilleur contrôle de la pose et du tracé d'une restauration postérieure directe en forme finale. De plus, ils sont indiqués pour créer des points de contact parfaits, maintenant fermement la bande de la matrice contre la dent adjacente.

Propriétés et avantages :

- autoclavables et thermodésinfectables, ils résistent aux procédés de stérilisation les plus récents utilisés en médecine dentaire
- transparents, pour transmettre la lumière et optimiser la polymérisation

- de couleur bleue, pour un contraste chromatique avec la dent et les matériaux de restauration
- un design ergonomique qui allie légèreté et flexibilité pour éviter la fatigue manuelle
- les composites n'adhèrent pas aux Blue PolyShapes, grâce à leur matériau de qualité supérieure

www.polydentia.com

À VOS AGENDAS !

« Le Dr. Georges KHOURY en conférence chez Anthogyr »

Plus de 50 praticiens venus de toute la France ont participé à la première conférence du Dr Georges KHOURY au siège d'ANTHOGYR, le 23 mai à Sallanches.

Eric Genève - PDG d'Anthogyr s'est dit honoré d'avoir noué une collaboration depuis plus d'un an, avec un spécialiste de l'envergure du Dr Georges KHOURY. Grâce à la clarté de son discours et à sa disponibilité, cette conférence a permis un partage d'expérience et des échanges véritablement enrichissants. La journée a été consacrée à dresser l'état des connaissances en matière d'augmentation pré-implantaire. Le Dr Georges Khoury a décrit les différents traitements d'augmentation du volume osseux, en abordant les aspects très techniques. Il a notamment dressé un panorama complet sur les biomatériaux et les greffes.

Grâce au ANTHOGYR Implant Institute lancé en 2000, plus d'une cinquantaine de sessions chaque année, offre la possibilité à 650 praticiens en provenance du Monde entier d'enrichir leurs connaissances et de progresser dans leur métier.

Le Dr Georges KHOURY animera une seconde conférence consacrée à l'augmentation pré-implantaire. Elle se déroulera à l'Eurosites Georges V à Paris, le 14 novembre 2014.

Vous avez la fibre laser ?

Syneron™
DENTAL LASERS

Nous avons le laser sans fibre !

© Marc Gianelli | www.marcgianelli.com

SCDistribution
Cédric Bouchereau - **06 08 22 08 42**
scdistribution@orange.fr

Serge Mahé - **06 62 21 75 78**
maheneoflash@wanadoo.fr

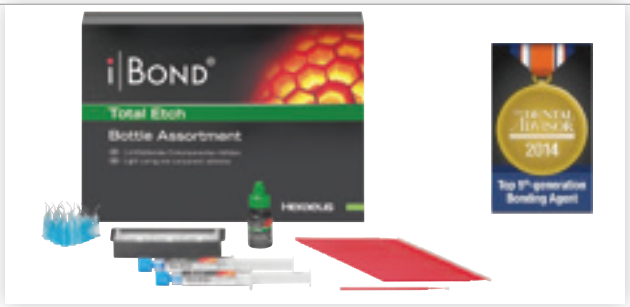
LITETOUCH™

Laser Erbium:YAG "sans fibre"

www.litetouch.fr

PRIX

Heraeus Kulzer arrivé au TOP



The Dental Advisor a désigné les « TOP products » de l'année 2014. Les dentistes se fient à cette liste de produits recommandés, publiée annuellement depuis 1977. Depuis 30 ans, et pour la 3ème fois consécutive le produit iBOND Total Etch d'Heraeus Kulzer a été primé meilleur adhésif de 5ème génération alors même que le iBOND Self Etch a reçu le prix du meilleur adhésif de 7ème génération.

Ces deux agents de collage ont été récompensés, entre autres, pour leurs bonnes valeurs d'adhérence, la faible épaisseur de leur film et pour le fait de ne pas devoir être conservés au réfrigérateur. L'accent a été mis sur les bouchons rouges et verts des flacons de iBON qui facilitent le travail du praticien en lui permettant d'identifier instantanément l'adhésif Total Etch de l'automordançant.

D'autres produits Heraeus Kulzer ont été distingués dans plusieurs catégories :

- le composite nano-hybride **Venus Pearl** dont le remarquable mimétisme crée un rendu esthétique très vivant.
- dans le domaine de la désensibilisation, c'est à **GLUMA Desensitizer PowerGel** qu'est allée la préférence, grâce à sa présentation originale en gel, son efficacité à soulager les sensibilités et sa couleur verte qui permet de le détecter facilement.
- **Dynamix speed** a été désignée comme étant la meilleure machine de mélange. Elle est récompensée pour ses trois options de vitesse et sa compatibilité avec d'autres marques de matériaux d'empreinte.
- enfin, le A-Silicone **Flexitime Fast & Scan** désigné matériau innovant. Particulièrement indiqué pour les empreintes de 1 à 3 éléments, il est doté d'un temps de travail à la carte (de 0:30 à 1:30 minute) adaptable à chaque situation clinique, et d'un temps de prise en bouche de seulement 2:00 minutes. En plus de sa fidélité et de sa précision, les empreintes obtenues sont directement scannables.

www.heraeus-kulzer.fr

À LIRE

Votre vie est un jeu quantique

Par le Dr Christian BOURIT
Préface de Marion KAPLAN

Le jeu quantique est-il capable de changer votre vie ?

Oui, avoir ce livre entre les mains vous libérera de tous vos doutes.

Abandonnez définitivement la croyance que la vie est une lutte et venez jouer avec l'invisible pour faire émerger vos désirs.

Dans le jeu quantique, aucune frontière ne vous sépare de vos aspirations. Il suffit de vous mettre à l'unisson des forces énergétiques de l'Univers qui ne demandent qu'à se manifester de manière harmonieuse dans votre quotidien.

Apprenez à cultiver, jour après jour, cette connexion et vous serez bientôt en mesure d'écrire un nouveau scénario de votre propre vie, dans la joie et la liberté.

C'est là toute l'ambition de cet ouvrage qui propose un accès immédiat et simple à la théorie quantique et présente au lecteur une nouvelle façon de penser, d'agir… et surtout d'aimer, profondément transformatrice et source d'inspiration.

Devenez un joueur capable de miracles !

Éditions Quintessence – Croissance & Développement
128 pages – Prix : 13 €
www.quintessence-international

À LIRE

Fiches pratiques d'odontologie pédiatrique

Collège des enseignants en odontologie pédiatrique
Coordination Michèle Muller-Bolla, préface Jean-Louis Sixou

L'odontologie pédiatrique est une discipline particulière ! Des neuf disciplines officielles d'enseignement, elle est la seule à ne pas être centrée sur un domaine de compétence mais sur un individu : l'enfant.

Et quel individu ! En croissance, en évolution, en maturation…

Présenté de manière résolument pratique, ce livre traite en près de 70 fiches de nombreux aspects de l'odontologie pédiatrique.

Ainsi, il propose une succession de recommandations cliniques utiles à la prise en charge des enfants et des adolescents : les fiches ont été rédigées de façon synthétique, en obéissant au principe de la dentisterie factuelle. Ce faisant, elles se réfèrent en priorité aux revues systématiques d'essais cliniques randomisés (the Cochrane Library) et à d'autres essais cliniques randomisés.

Chaque fiche et chaque recommandation a été élaborée par certains membres du Collège des enseignants en odontologie pédiatrique et soumise à l'analyse critique d'autres membres de ce même Collège afin de parvenir, si nécessaire, à un consensus.

Ce Guide clinique, unique dans sa forme mais aussi quant au nombre de ses auteurs, constitue à la fois une référence pour les étudiants en formation initiale ou les internes, et un outil pratique pour les omnipraticiens dans leur exercice clinique quotidien.

Éditions CDP
Coll.Guide Clinique – 347 pages
www.editionscdp.fr

GROUPE EDMOND BINHAS

- Une méthode de dentiste pour des dentistes
- Une méthode complète, personnalisée et pratique
- Une évolution en douceur, système par système

NOS PROCHAINS SÉMINAIRES

OMNIPRATIQUE
PARIS *11 & 12 septembre 2014*
NANTES *18 & 19 septembre 2014*
MONTPELLIER *9 & 10 octobre 2014*

ESTHÉTIQUE
BORDEAUX *4 septembre 2014*

GROUPE EDMOND BINHAS

Pour une vie professionnelle plus épanouie, appelez-nous au : +33 (0)4 42 108 108 / contact@binhas.com

www.binhas.com

062014fildent

BISICO

Provi Temp Km

Provi Temp K est une résine chémo-polymérisable pour couronnes et bridges provisoires, conditionnée en cartouche pour un malaxage rapide et sans bulles et une extrême facilité de mise en place. Elle peut être utilisée en méthode directe (application intra-orale) ou indirecte.

Ses cinq teintes permettent de répondre à la majorité des cas, même les plus exigeants sur le plan esthétique.

Ses différentes phases de travail étudiées permettent la réalisation de bridges provisoires à piliers multiples.

- 5 teintes (A1 - A2 - A3 - A3,5 - Nouvelle teinte Bleach)
- Couche inhibée particulièrement fine
- Excellent rendu esthétique
- Grande résistance à l'usure et à la fracture
- Facile à polir et à rebaser

www.bisico.fr

SPINBRUSH

Innovation PRO CLEAN™

En 2011, les français découvrent la marque SPINBRUSH™ avec le lancement en pharmacie de KID'S MY WAY!™ première brosse à dents électrique à piles personnalisable pour enfant. Rapidement N°1 sur son marché, SPINBRUSH™ vient à nouveau réveiller l'hygiène bucco-dentaire en 2014, avec le lancement de SPINBRUSH™ PRO CLEAN™, la seule brosse à dents électrique à piles à tête double action, vendue en pharmacies et parapharmacies.

Grâce à ses mouvements rotatifs et à la pression qu'elle exerce sur la dent, la brosse à dents électrique **enlève plus de plaque** dentaire qu'une brosse à dents manuelle, reproduit **le geste optimal du brossage**, le plus souvent mal maîtrisé. Sa petite tête permet d'atteindre **les espaces interproximaux** et de bien travailler **les parties non atteintes** par une brosse à dents manuelle.

Les utilisateurs de brosses à dents électriques reconnaissent qu'une fois le pas franchi, il est difficile de se passer de cet outil efficace : **plaisir pendant l'utilisation, sensation de propreté professionnelle, dents plus blanches**.

La tête double action : une efficacité cliniquement prouvée. Selon une étude menée par l'université du Missouri sur 127 personnes adultes entre 18 et 70 ans, pendant 2 mois, la brosse à dents SPINBRUSH™ PRO CLEAN™ nettoie jusqu'à 70% de plaque dentaire en plus qu'une brosse à dents manuelle classique, même dans les zones difficile d'accès.

Si l'efficacité des brosses à dents électriques est connue du plus grand nombre, c'est souvent un très bon produit pour les autres, mais pas pour soi.

Pour franchir le pas, SPINBRUSH™ propose :

- des tarifs accessibles, au plus proche du budget «brosse à dents manuelle»
- un mode d'emploi simplifié pour une utilisation facilitée pour tous
- des formats faciles à emporter, qui ne nécessitent pas obligatoirement un socle à brancher sur le secteur.

www.spinbrush.fr

INFO

Sirona commercialisée par Henry Schein en France

Sirona, société leader du marché et de la technologie de l'industrie dentaire cotée au NASDAQ (SIRO), agrandit la base de sa clientèle potentielle en France en cèdant à Henry Schein ses activités de commercialisation directe à Paris et en Normandie. Toute la gamme de produits incluant les systèmes chairside CAD/CAM CEREC, les systèmes d'imagerie numérique, les postes de traitement, les instruments et les appareils d'hygiène seront désormais exclusivement distribuée par Henry Schein dans une grande partie de la France.

Une grande partie des employés de France sera transférée de Sirona Dental Systems et reprise par Henry Schein. Une équipe de spécialistes en produits et marketing continuera à être dirigée par Lionel Phelipot qui occupera comme par le passé le poste de Directeur général du site de Sirona à Paris.

Henry Schein couvre la plus grande partie du marché du commerce dentaire en France. Après sept années de collaboration étroite et rentable pour les deux parties, Sirona continuera à développer sa base de clientèle grâce à ce partenariat. Les clients existants continueront à bénéficier d'un service clientèle haut de gamme.

www.sirona.com • www.henryschein.com

Les FORMATIONS de l'

Union Nationale pour l'Intérêt de l'Orthopédie Dento-Faciale

37 rue d'Amsterdam 75008 PARIS www.uniodf.org

Association de Chirurgiens-dentistes fondée en 1994.

ANALYSE ARCHITECTURALE & STRUCTURALE CRÂNIO-FACIALE du Pr Jean DELAIRE

Par le Dr Antoine HAROUN

Le Jeudi 25 **septembre** 2014, au NOVOTEL Paris Porte d'Orléans 75014.

L'étude céphalométrique occupe, en parallèle avec l'examen clinique, une place principale dans le diagnostic et le plan de traitement orthodontique. Elle permet de mieux comprendre le rapport dysmorpho-fonctionnel des anomalies dento-squelettiques afin de définir la thérapeutique adaptée.
Analyse manuelle et numérique par les praticiens de téléradiographies de cas cliniques.

PSB : PROPULSEUR SANS BIELLES

Par le Dr Antoine HAROUN

Le Vendredi 26 **septembre** 2014, au NOVOTEL Paris Porte d'Orléans 75014

Corrigez rapidement et précocement toutes vos classes II en denture mixte avec le PSB : Propulseur Sans Bielles, un appareil simple, discret et économique.
Indications du PSB, variantes, protocole clinique. Fabrication par les participants du PSB et du Teeth Positionner rigide.

ODF Intégrative : Cours d'initiation à l'exercice de la Réhabilitation Neuro Occlusale de Pedro Planas

par le Dr Patrick AMPEN

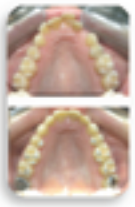
Les Lundi 29 et Mardi 30 **septembre** 2014, à la Mutuelle AMPLI 75017 PARIS

Formation à la RNO. La formation I est dense et suffisante pour commencer la pratique dès le lendemain du cours. Après quelques mois de pratique, il sera proposé une session II, laboratoire et clinique, au cours de laquelle les praticiens pourront se munir de documents sur les cas cliniques qu'ils auront commencé suivant cette approche.

20ème Cycle de FORMATION en ORTHODONTIE SESSION 2014 / 2016

Par les Docteurs Georges BERNADAT, Raphaël HENRIONNET & Mathieu MARCHAND

A partir du 9 **octobre** 2014 à juin 2016,
au NOVOTEL Paris Porte d'Orléans 75014



Il s'agit de permettre à l'omnipraticien, quel que soit son niveau en ODF, de pratiquer dès la fin de la première année, une orthodontie de qualité sur l'ensemble des malocclusions.
La 2ème année est un accompagnement dans le suivi des premiers cas.

RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Par les Docteurs Raphaël HENRIONNET, Mathieu MARCHAND & Mme Marion GIRARD, *Kinésithérapeute*

Les jeudi 20 et vendredi 21 **novembre** 2014, au NOVOTEL Paris Porte d'Orléans 75014

Formation innovante permettant d'appréhender les troubles fonctionnels et leurs conséquences, de parvenir à les corriger ou à les faire corriger, de mettre en place toutes les étapes clés au sein de votre cabinet et de potentialiser le développement et l'harmonie faciale, occlusale et posturale de vos patients.

Détails disponibles sur le site www.uniodf.org ou par mail uniodf@uniodf.org

UNIODF 37 rue d'Amsterdam 75008 Paris
Nathalie - Tél : 06 07 03 88 10
Déclaration d'activité comme prestataire de formation n° 11 75 42529 75 région d'Île-de-France.

Les complications sinusiennes post implantaires

Dr Harry MAAREK
ORL et chirurgie cervicofaciale
Ancien interne des Hopitaux de Paris,
Ancien chef de clinique assistant de l'Université Paris 5
Praticien attaché à la Pitié Salpétrière
hmaarek@hotmail.fr

Même si la réhabilitation prothétique implantoportée des segments maxillaires postérieurs est une technique fiable et sûre, elle reste exposée à des complications endosinusiennes, dès que la chirurgie pré et péri-implantaire prévoit une effraction de la corticale sinusienne (mise en place d'implant sur hauteur de crête de moins de 10 mm , pose d'implants avec ou sans comblement par voie crestale, comblement sous sinusien par voie externe).

Ces complications peuvent mettre en péril le projet implantaire, avec persistance dans certains cas de séquelles endosinusiennes.

Complications hémorragiques

Un hémosinus est observé en cas d'effraction de la muqueuse sinusienne ou par atteinte des anastomoses des artères alvéolaires intraosseuses de diamètre supérieure à 1.5 mm. Cet hémosinus est drainé dans la fosse nasale; il se traduit par une épistaxis de durée variable, de quelques heures à quelques jours, rarement suffisamment abondante pour nécessiter un méchage endonasal. Seuls les sinus présentant préalablement une obstruction du complexe ostioméatal, exposent ses hémosinus à une surinfection.

1

Fig. 1 : *TDM des sinus, coupe coronale. Blocage ostial gauche par fuite de greffons.*

Fuite de greffons

• Fuite de greffons en endo sinusien

Elle est le fait de perforation de la muqueuse sinusienne passée inaperçue (comblement par voie crestale) ou insuffisamment réparée (une perforation muqueuse est constatée en per opératoire dans 15 à 35 % des séries). L'évolution des greffons expulsés en endosinusien est fonction de la quantité des greffons en cause, de leur granulométrie, et des possibilités de drainage du sinus.

Dans la majorité des cas, les greffons expulsés altèrent la fonction de drainage de la muqueuse et aboutissent à une sinusite réactionnelle, voire à une sinusite de confinement en cas de dépôt et blocage ostial par ces mêmes greffons Fig. 1.

• Fuite de greffons par voie vestibulaire

Seuls les lâchages de suture vestibulaire avec désunion complète (4 % des séries) sont associés à une expulsion des greffons par le volet de l'ostéotomie, nécessitant des soins locaux réguliers (instillation d'antiseptiques) sous couvert d'antibiothérapie par voie orale, afin d'accompagner la ré épithélialisation dirigée, tout en dépistant une infection débutante des greffons

Complications infectieuses

• Sinusite aigue précoce

Décrite dans 5 % des séries, la sinusite aigue au 8ème jour, est la sinusite la moins fréquente et de résolution rapide, à la condition préalable que le sinus maxillaire soit physiologiquement sain. Souvent liée à une contamination peropératoire à germes anaérobies, favorisée par une surinfection d'hématome insuffisamment drainé, ou par une antibiothérapie de couverture inadaptée, elle reste de traitement médical, et consiste en la prescription d'une association Amoxicilline / acide clavulanique, ou la prescription de Synergistine, à la posologie d'1 gramme, deux fois par jour, durant 10 jours.

Fig. 2 : *TDM des sinus, coupe coronale. Sinusite maxillaire gauche de confinement avec greffons protégés.*

Fig. 3 : *TDM des sinus, coupe coronale. Ostéite des greffons du sinus maxillaire gauche et cbs droite.*

Fig. 4 : *TDM des sinus, coupe axiale. Ostéite des parois sinusiennes.*

Sa prévention repose sur des conditions strictes d'asepsie opératoire, sur l'utilisation pour certains auteurs, de greffons osseux imprégnés de Métronidazole et sur une antibiothérapie de couverture adaptée, à débuter en pré opératoire ou en post opératoire immédiat. En cas de sinusite avérée, il sera nécessaire de confirmer au quinzième jour la guérison de l'épisode infectieux par une endoscopie endonasale, complétée au moindre doute par un scanner sinusien.

• Sinusite trainante

Présente dans 15% des séries, la sinusite de la 3em semaine est trois fois plus fréquente que la précédente, et est pourvoyeuse de complications à type d'ostéite des greffons, en l'absence de détection précoce (+++).Elle est liée à 4 mécanismes possibles, tous responsable d'une sinusite confinée au sinus maxillaire, sans possibilité de drainage des secrétions purulentes, par blocage de l'orifice de drainage (blocage de l'ostium)

a/ Décompensation d'un complexe ostio-méatal initialement pathologique :

Les auteurs rapportent un taux de prévalence de 40 % de sinusite de confinement, en cas de comblement sous sinusien par voie latérale réalisée chez un patient présentant une pathologie rhinosinusienne ignorée. La prévention de cette complication consiste de la part des implantologistes, à dépister à l'interrogatoire la population présentant des antécédents rhinosinusiens, afin de les faire bénéficier d'une expertise ORL préimplantaire.

b/ Obstacle de l'ostium par greffons osseux

Les greffons osseux expulsés en endosinusien sont responsables d'une altération du drainage physiologique du sinus maxillaire, interdisant la ventilation sinusienne, en cas d'incarcération ostiale de biomatériaux constitués de granulés de moins de 1,5 mm de diamètre Fig. 2. La prévention passe par la bonne qualité de la réparation des perforations de la muqueuse endosinusienne, et par l'interdiction de comblement en cas de vaste déchirure de la muqueuse.

c/ Rehaussement sinusien au-delà de 16 mm.

Ce type de rehaussement peut entrainer le blocage de l'ostium, en cas de situation anatomique initiale de l'ostium, à moins de 20 mm du plancher sinusien. La prévention réside dans le fait de ne pas dépasser une hauteur de comblement de 16 mm, même en cas de reconstruction complexe

d/ Opacité polypoïde du plancher impactée dans l'ostium

La prévention passe par l'obtention de clichés visualisant le méat moyen, afin de s'assurer d'une hauteur de sécurité suffisante entre l'ostium et le sommet de l'opacité polypoïde.

• Traitement de la sinusite de confinement

Elle sera suspectée devant l'existence d'un mouchage purulent unilatéral nauséabond avec algie de la face, toux grasse, et inconstamment une fièvre. Guidé par un prélèvement bactériologique protégé en regard du méat moyen, son traitement consiste en une bi antibiothérapie, reposant sur l'association d'Amoxycilline/ acide clavulanique (ou Synergistine) et de Levofloxacine durant 15 jours, associée à une corticothérapie à la dose de 1mg/Kg/ jour pendant 8 jours, et à une désinfection nasale. Un contrôle endoscopique endonasal sera réalisé au 15ème jour et un scanner sinusien systématiquement à J21.En cas de non stérilisation de la sinusite en endoscopie, ou en tomodensitométrie, il sera nécessaire de proposer au patient une chirurgie (méatotomie moyenne par voie endonasale), afin d'éviter l'infection des greffons.

• Ostéite des greffons

Présente dans 5% des séries, elle représente une complication de gravité non négligeable

• Circonstances de découverte

Elle se présente sous la forme d'une sinusite traînante masquée par un traitement médical inadapté, ou sous une forme plus évoluée, avec extension de la sinusite maxillaire aux autres sinus de la face (pan sinusite antérieure) avec ostéite des parois du sinus maxillaire, cellulite vestibulaire avec lâchage des sutures, expulsion des greffons ostéitiques en regard de communications bucco sinusiennes alvéolaires et crestales, et mobilisation des implants posés lors du comblement Fig. 3 - 4.

> > >

Les complications
sinusiennes post implantaires (suite)

• Prise en charge thérapeutique

Ce tableau clinique exige un traitement basé sur une antibiothérapie par voie parentérale orientée par les prélèvements bactériologiques, associée à une méatotomie moyenne (souvent associée à une voie de Caldwell Luc) avec exérèse complète des greffons osseux, curetage de la muqueuse et dépose des implants.

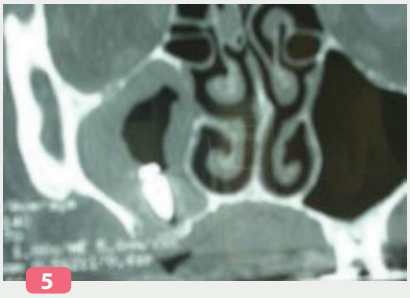
Expulsion endosinusienne de l'implant

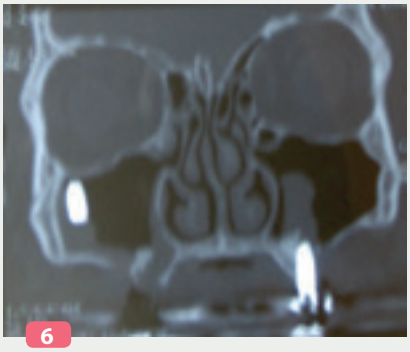
Rarement immédiate, l'expulsion d'un implant en intrasinusien n'est pas une situation exceptionnelle selon notre expérience personnelle, mais reste confidentielle à la lecture des différents auteurs. Sans urgence, l'extraction de l'implant se réalise sous guidage endoscopique par voie de méatotomie moyenne (en cas d'implant situé dans les 2/3 supérieurs du sinus) Fig. 6, par voie de méatotomie inferieure ou par voie vestibulaire en cas d'implant bas situé Fig. 5. Son extraction est rendue difficile, en cas de sinus anatomiquement modifié par un comblement osseux préexistant.

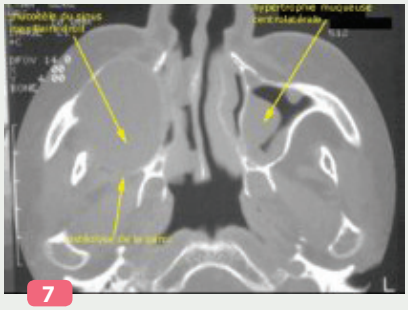
Modification de la muqueuse sinusienne

Il est fondamental de distinguer les kystes muqueux (kystes de rétention), des mucocèles

- les kystes muqueux sont en rapport avec un blocage du canal excréteur des cellules glandulaires, non sécréteur, et aboutissant à une opacité du plancher, non évolutive Fig. 8.
- les mucocèles du sinus maxillaire font suite à un dysfonctionnement de l'ostium du sinus maxillaire, associé à une sécrétion de l'ensemble de la muqueuse sinusienne, aboutissant à une pseudotumeur évolutive, avec lyse osseuse. Décrites dans les autres sinus de la face après chirurgie endonasale, certains auteurs prédisent la possibilité d'apparition tardive de mucocèles, dans les sinus maxillaires Fig. 7.


5


6


7

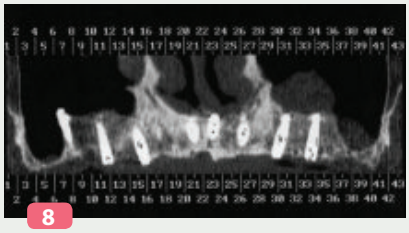

8

Fig. 5 : *expulsion implantaire endosinusienne basse située.*
Fig. 6 : *expulsion implantaire endosinusienne haute située.*
Fig. 7 : *TDM des sinus, coupe axiale. Mucocèle du sinus maxillaire droit.*
Fig. 8 : *Dentascan. : Kyste muqueux post implantaire du sinus maxillaire gauche.*

Conclusion

Même si les complications post implantaires semblent nombreuses, elles restent rares, et font de la chirurgie de comblement sous sinusienne, une technique sûre et fiable. Principalement représentées par les sinusites de confinement post opératoire, la prévention de cette complication est fondamentale. Sa prévention exige un dépistage pré implantaire des patients avec antécédents rhino-sinusiens ou image endonasale pathologique, une bonne gestion de la réparation des perforations de la membrane de Schneider, et l'absence d'excès de hauteur, lors du soulevé de la membrane. La prise en charge de cette sinusite doit nécessiter un dépistage précoce de celle-ci, afin de la prendre en charge en collaboration étroite avec l'ORL.

COLLEGE POST-UNIVERSITAIRE RHONE-ALPES D'IMPLANTOLOGIE ORALE
Inscription Préfecture Rhône-Alpes : 82 69 05343 69 - Accréditation CNFCO : 07690102-37 - N° SIRET : 398 911 479 00028

CURAIO

ATTESTATION D'ETUDES EN IMPLANTOLOGIE

L'ensemble des prestations et déjeuners se déroule au Château de MONTCHAT, 51 rue Charles Richard, 69003 Lyon - Tél. 04 72 34 58 66 - Parking privatif assuré.
Pour consulter nos programmes détaillés de formation, connectez-vous à notre site : www.curaio.net

SESSION 1 — CONNAISSANCES FONDAMENTALES
3 JOURS - DU 16 AU 18 OCTOBRE 2014

■ PRÉSENTATION DU CYCLE ■ LA CICATRISATION OSSEUSE PÉRI-IMPLANTAIRE ■ INTEGRATION TISSULAIRE DES IMPLANTS ■ ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX EN IMPLANTOLOGIE ■ LES EXAMENS RADIOLOGIQUES ■ LES BIO-MATERIAUX IMPLANTAIRES ■ LE CHOIX DES SITES IMPLANTAIRES ■ ANATOMIE MAXILLAIRE ET MANDIBULAIRE APPLIQUÉE À L'IMPLANTOLOGIE ■ LES IMPLANTS : INDICATIONS ET CAHIER DES CHARGES ■ LE DOSSIER CLINIQUE IMPLANTAIRE - BILAN MÉDICAL ■ FACTEURS D'INFLUENCE POUR LA PRÉSERVATION DE L'OS MARGINAL PÉRI-IMPLANTAIRE ■ L' IMPLANTOLOGIE ASTRA TECH® : TRAVAUX PRATIQUES DE CHIRURGIE ■ CHIRURGIE EN DIRECT

INTERVENANTS : Dr. Jean-Christophe BOUSQUET - Dr. Thierry BRINCAT - Dr. Michel BRUNEL - Dr. Jean-Pierre CHETRY - Pr. Jacques DEJOU - Dr. Gilles EDOUARD Dr. Jacques FOURNIER - Dr.Thierry GORCE - Dr. Christophe MEDARD - Dr. Pascal PALDINO

SESSION 2 — CHIRURGIE
4 JOURS - DU 3 AU 6 DÉCEMBRE 2014

■ INCISIONS ET SUTURES ■ TRAVAUX PRATIQUES : SUTURES EN IMPLANTOLOGIE ■ TRAVAUX PRATIQUES : ANATOMIE ET DISSECTION SUR PIÈCES HUMAINES / POSE D'IMPLANTS ■ CHIRURGIE EN DIRECT ■ APPROCHE BIOLOGIQUE ET CLINIQUE AVEC LES IMPLANTS NOBEL ACTIVE® ■ TEMPORISATION ET MISE EN CHARGE IMMÉDIATE AVEC LE SYSTÈME REPLACE® ■ TRAVAUX PRATIQUES : SYSTÈME REPLACE® ■ TABLES CLINIQUES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT ■ IMPLANTOLOGIE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR ■ EXTRACTION IMPLANTATION IMMEDIATE : INTÉRÊT DU SYSTÈME XIVE ® (DENTSPLY IMPLANT) ■ TRAVAUX PRATIQUES : TEMPORISATION IMMEDIATE AVEC LE SYSTÈME XIVE ® (DENTSPLY IMPLANT) ■ PARTAGER TRENTE ANS D'EXPÉRIENCE EN IMPLANTOLOGIE

INTERVENANTS : Dr. Michel BRUNEL - Dr. Dominique CASPAR - Dr. Jean-Michel LAIR - Dr. Carole LECONTE - Dr Christophe MEDARD - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel PERRIAT Dr. Laurent VENET - Dr. Gérard SCORTECCI

SESSION 3 — PARODONTOLOGIE, IMPLANTS, PROTHESE 1
3 JOURS - DU 22 AU 24 JANVIER 2015

■ LES AMÉNAGEMENTS TISSULAIRES PÉRI-IMPLANTAIRES (CHIRURGIE MUCCO-GINGIVALE) ■ INTÉRÊT CLINIQUE DE L'ÉVOLUTION STRAUMANN® ■ MALADIE PARODONTALE ET IMPLANTS ■ EXPANSION OSSEUSE : FRONTIÈRE ENTRE GREFFE OSSEUSE ET RÉGÉNÉRATION OSSEUSE GUIDÉE (R.O.G.) ■ LES ÉCHECS EN IMPLANTOLOGIE ET LEURS SOLUTIONS ■ CHIRURGIE EN DIRECT ■ TECHNIQUES CHIRURGICALES AVANCÉES ■ INTÉRÊT DE LA PARODONTIE MÉDICALE EN IMPLANTOLOGIE ■ L'OCCLUSION FONCTIONNELLE EN IMPLANTOLOGIE IMPLANTS COURTS - IMPLANTS ANGULÉS ■ L'IMPLANT ZIMMER TAPERED SCREW-VENT® : APPLICATIONS CHIRURGICALES ET PROTHÉTIQUES ■ TRAVAUX PRATIQUES : CHIRURGIE ET PROTHÈSE SUR IMPLANTS ZIMMER TSV®

INTERVENANTS : Dr. Jean-Pierre BERNARD - Dr. Marc BERT - Dr. Philippe COLIN - Dr. Thomas FORTIN - Dr. Serge IHLER - Dr. Jean-Michel LAIR - Dr. Philippe LECLERCQ Dr. Christophe MÉDARD - Dr. Stéphane MILLIEZ - Dr. Virginie MONNET-CORTI - Dr. Pascal PALDINO

SESSION 4 — IMPLANTS ET PROTHESE 2
3 JOURS - DU 19 AU 21 MARS 2015

■ IMPÉRATIFS DE LA PROTHÈSE SUR IMPLANTS ■ DÉMO EN DIRECT : PRISE D'EMPREINTE ■ PROTHÈSE UNITAIRE, PROTHÈSE SECTORIELLE ET BRIDGE DE GRANDE ÉTENDUE SUR IMPLANTS ■ TABLES RONDES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT ■ LES CLÉS DU SUCCÈS EN SECTEUR ANTÉRIEUR ■ CHOIX DU MATÉRIAU ET DE LA TECHNIQUE D'EMPREINTE EN IMPLANTOLOGIE / APPORT DES NOUVELLES TECHNIQUES POUR LA PASSIVATION DES ARMATURES DE GRANDE ÉTENDUE ■ MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN IMPLANTOLOGIE ■ CONNECTIQUE ET ESTHÉTIQUE ■ GREFFES OSSEUSES PRÉ-IMPLANTAIRES : ACQUIS ET PERSPECTIVES ■ AUGMENTATION OSSEUSE SOUS SINUSIENNE : ABORD CRESTAL SIMPLIFIÉ, ABORD VESTIBULAIRE CLASSIQUE ■ STABILISATION DES PROTHÈSES AMOVIBLES PAR DES IMPLANTS

INTERVENANTS : Dr. Thierry BRINCAT - Dr. Michel BRUNEL - Dr. Thierry GOTUSSO -Dr. Michel JABBOUR - Dr. Christophe MEDARD - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel PERRIAT Pr. Bernard PICARD - Dr. Christian RIBAUX - Pr. Jean SCHITTLY

SESSION 5 — TRAVAUX PRATIQUES ET CHIRURGIE EN DIRECT
3 JOURS - DU 28 AU 30 MAI 2015

■ CHIRURGIE EN DIRECT ■ TRAVAUX PRATIQUES : MANIPULATION ET PRISE D'EMPREINTE POUR STABILISATION D'UNE PROTHESE MANDIBULAIRE ■ PIEZOCHIRURGI ■ TRAVAUX PRATIQUES : IMPLANTS EUROTEKNIKA® ■ TRAVAUX PRATIQUES : ÉTUDES DE SCANNERS ■ TRAVAUX PRATIQUES : LE NOBELCLINICIAN® ■ CICATRISATION OSSEUSE ET GINGIVALE : COMMENT INTERVENIR SUR LES FACTEURS BIOLOGIQUES ■ INTÉRÊT DE LA CHIRURGIE GUIDÉE : COMMENT ÉVITER LES GREFFES ? ■ PHOTO DE LA PROMOTION ■ EXAMEN ÉCRIT (2 SUJETS D'UNE HEURE) ■ COCKTAIL DE FIN DE STAGE

INTERVENANTS : Dr. Michel BRUNEL - Dr. Joseph CHOUKROUN - Dr. Gilles EDOUARD - Dr. Jacques FOURNIER - Dr. Christophe MEDARD - Dr. Jean-François MICHEL Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel PERRIAT - Dr. Laurent VENET

Pour tout renseignement, contacter : Jean-Vincent HABOUZIT - 92 rue Masséna - 69006 Lyon - Tél. 04 72 82 94 70 - curiao@wanadoo.fr ou jvh@jvh.fr

Le point sur les élévations sinusiennes par voie latérale

Dr Christian MAKARY
Maitre de conférences,
Dép. de Chirurgie Orale,
Fac. de Médecine Dentaire,
Université St Joseph,
Beyrouth, Liban.

Dr Abdallah MENHALL
Résident,
Dép. de Chirurgie Orale,
Fac. de Médecine Dentaire,
Université St Joseph,
Beyrouth, Liban.

Le maxillaire postérieur édenté présente fréquemment une quantité et une qualité osseuses insuffisantes pour une réhabilitation implantaire prévisible. Ainsi, la résorption osseuse crestale couplée à la pneumatisation du sinus maxillaire sont souvent évidentes après la perte des dents postérieures (Misch and Judy 1987). L'élévation sinusienne par voie latérale (ESVL) a été introduite pour restaurer les maxillaires postérieurs atrophiques (Boyne and James 1980, Tatum 1986). Cette procédure est largement utilisée de nos jours. En effet, une étude récente a montré que parmi 502 implants placés dans le maxillaire postérieur, 272 implants (54,2 %) ont été associés à une augmentation sinusienne (Seong, Barczak et al. 2013). Ceci nous amène en tant que chirurgiens à bien comprendre l'anatomie et la physiologie du sinus, les différentes techniques chirurgicales ainsi que les biomatériaux couramment utilisés afin de mener avec succès nos greffes sinusiennes.

Dans cet article, nous allons exposer les différentes étapes relatives a l'ESVL tout en mettant en évidence l'importance des nouvelles techniques radiologiques pour la planification et le suivi a long terme ainsi que les progrès relatifs à la technique chirurgicale qui visent à la simplifier et à diminuer les complications en per et en post-opératoire.

Planification préopératoire

La technologie radiographique est un outil majeur pour la planification de l' ESVL et pour le suivi de l'os greffé (Harris, Horner et al. 2012). Depuis l'introduction de la tomographie volumique numérisée à faisceau conique (CBCT) (Mozzo, Procacci et al. 1998), elle est désormais la technique de choix pour l'exploration des sinus paranasaux notamment avant l'ESVL (Harris, Horner et al. 2012). Le CBCT s'est montré très utile dans l'évaluation et le dépistage des variations anatomiques et pathologiques du sinus (Pelinsari Lana, Moura Rodrigues Carneiro et al. 2012). Dans une étude récente, des coupes tomographiques ont été réalisées pour explorer les sinus maxillaires chez 275 patients ; 45,1 % de ces scans ont dévoilé des pathologies sinusiennes allant d'un simple épaississement membranaire à l'opacification sinusienne totale (Manji, Faucher et al. 2013) Fig. 1. Ces observations soulignent l'importance de l'exploration radiologique du sinus maxillaire avant toute ESVL afin d'exclure toute condition pathologique qui pourrait compliquer cet acte.

Les variations anatomiques telles que la hauteur de la crête résiduelle, l'épaisseur du mur vestibulaire et la profondeur du sinus doivent être souvent évaluées lors de l'examen radiologique et guident le praticien dans le choix de la technique d'élévation sinusienne. La présence de septa doit aussi être détectée sur le CBCT avant l'ESVL, afin de prévenir une perforation de la membrane de Schneider Fig. 2. En 2012, Pelinsari et al. ont détecté cette variation anatomique dans 44,4 % des 500

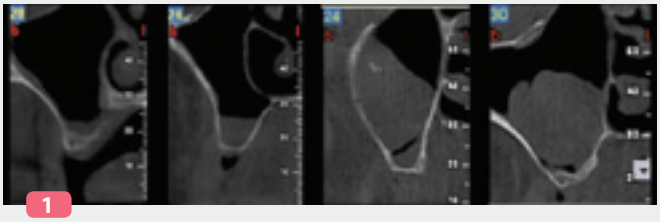
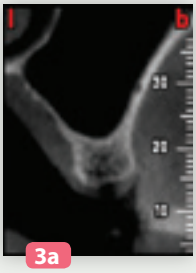
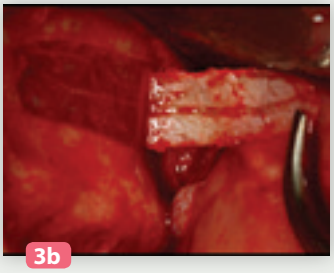
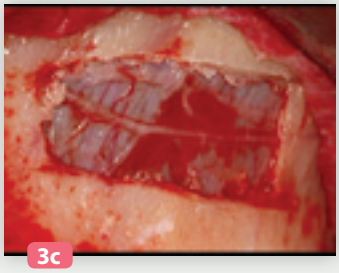


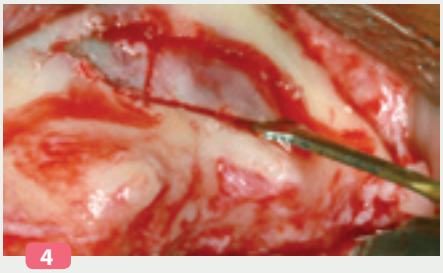
Fig. 1 : *pathologies sinusiennes détectées au CBCT:* **a** *- léger épaississement de la membrane sinusienne,* **b** *- présence de fluide,* **c** *- réaction à corps étranger,* **d** *- épaississement polypoïde*

Fig. 2 : *septum sinusien :* **a** *- aspect radiologique,* **b** *- aspect clinique après décollement de la membrane sinusienne*









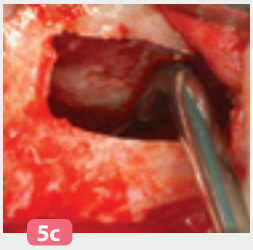


Fig. 3 : *artère alvéolo-antrale :* **a -** *aspect radiologique,* **b -** *trajet de l'artère sur l'intrados de la fenêtre osseuse,* **c -** *aspect clinique*

Fig. 5 : a - *muqueuse sinusienne après ablation de la fenêtre osseuse,* **b -** *détachement de la membrane sinusienne à l'aide des ultrasons,* **c -** *décollement manuel et soulèvement de la membrane*

Fig. 4 : *insert ultrasonique en dent de scie pour préparation de la fenêtre osseuse*

Fig. 6 : *comblement du sinus à l'aide d'un biomatériau synthétique biphasique (HA/bTCP)*

sinus explorés à l'aide de CBCT. De même, l'artère alvéolo-antrale, anastomose entre la branche dentaire de l'artère alvéolaire postéro-supérieure et l'artère sous-orbitaire, souvent présente dans le mur antéro-latéral du sinus, doit être repérée (Rosano, Taschieri et al. 2011) Fig. 3. La lésion de cette artère durant la préparation de la fenêtre osseuse du sinus ne mène généralement pas à une hémorragie dangereuse, mais induit certainement une inondation du champ opératoire gênant l'opérateur pendant le soulèvement de la membrane de Schneider.

Technique chirurgicale

Bien que les instruments rotatifs aient été les outils de choix lors de la réalisation des premières ESVL (Boyne and James 1980), la chirurgie piézoélectrique représente actuellement la technique de choix pour la préparation de la fenêtre latérale et l'élévation de la membrane de Schneider (Vercellotti, De Paoli et al. 2001). Vu leur action sélective, coupant les tissus durs sans léser les tissus mous, les instruments ultrasoniques se sont avérés très précis et efficaces lors de l'ostéotomie de préparation de la fenêtre latérale et très conservateurs vis-à-vis des tissus mous de manière à réduire considérablement les perforations de la membrane de Schneider (Vercellotti 2004). La technique de base consiste à créer, à l'aide d'inserts ultrasoniques diamantés ou en dent de scie, une fenêtre osseuse au niveau du mur vestibulaire du sinus maxillaire Fig. 4. Une fois le volet osseux enlevé, cette fenêtre permet l'accès direct à la muqueuse sinusienne. Cette muqueuse est ensuite minutieusement détachée de l'os du sinus, afin d'éviter des déchirures de la membrane, à l'aide d'inserts ultrasoniques ou de décolleurs manuels Fig. 5. Une fois la membrane libérée et décollée, le greffon est posé dans l'espace créé entre le fond du sinus et la muqueuse décollée Fig. 6. Une membrane en collagène est ensuite posée sur la fenêtre, en vestibulaire, afin de protéger le biomatériau nouvellement greffé.

Choix du biomatériau

Pour une augmentation sinusienne prévisible, plusieurs biomatériaux peuvent être utilisés :

- blocs d'os autogènes récoltés de sites donneurs extra-oraux (iliaques ou crâniens) (Tulasne 1999) ;
- blocs d'os autogènes récoltés de sites donneurs intra-oraux (menton, ligne oblique externe) (Wood and Moore 1987) ;
- allogreffes, os humain provenant d'une banque d'os recevant un traitement spécial de désinfection et de stérilisation (Froum, Wallace et al. 2006) ;
- xénogreffes, os d'origine animale, notamment bovine, qui suit aussi des processus complexes de préparation et de stérilisation avant son utilisation sur les humains (Yildirim, Spiekermann et al. 2001) ;
- les biomatériaux synthétiques (Zijderveld, Zerbo et al. 2005) : les plus couramment utilisés sont l'hydroxyapatite (HA), le beta Tricalcium phosphate (ßTCP) ou la forme biphasique regroupant les deux biomatériaux (HA-ßTCP) afin de moduler leur temps de résorption.

Le choix du biomatériau est essentiellement évalué par le chirurgien. Les propriétés du biomatériau utilisé, notamment la biocompatibilité, l'ostéoconduction, la résorption ou éventuellement le coût peuvent guider son choix. L'association de plusieurs biomatériaux, l'adjonction d'os autogène ou l'utilisation de concentrés plaquettaires peuvent être aussi envisagés afin de moduler l'action du greffon.

> > >

Le point sur **les élévations sinusiennes** par voie latérale (suite)

Suivi radiographique post-opératoire :

Le sinus maxillaire est tapissé d'un épithélium respiratoire cilié pseudostratifié, qui le protège contre les agents exogènes à travers son action de barrière physique et un système de vidange mécanique (Torkkeli, Rautiainen et al. 1994). Suite au traumatisme chirurgical, cette muqueuse subit une réaction inflammatoire intense clairement décrite durant le processus de cicatrisation des muqueuses nasales et paranasales (Watelet, Bachert et al. 2002). En effet, ce processus a été divisé en quatre phases qui s'imbriquent : inflammation, prolifération cellulaire, déposition matricielle et remodelage tissulaire.

Les études radiographique suivant l'ESVL ont montré un aspect normal de la membrane de Schneider après de longues périodes de cicatrisation (Anduze Acher, Brochery et al. 2012). Néanmoins, peu d'études ont décrit les altérations dans la membrane immédiatement ou à des courtes périodes post-opératoires. Quirynen et al., dans une étude radiographique, ont été les premiers auteurs à décrire le comportement de la muqueuse sinusienne directement après l'élévation transversale du plancher sinusien (Quirynen, Lefever et al. 2014). Ils ont démontré un épaississement significatif de la muqueuse sinusienne à une semaine post-opératoire, qui a disparu complètement à un mois. Dans nos données radiographiques en cours de publication, l'épaississement membranaire est également remarquable après l'ESVL toujours accompagné par une réaction inflammatoire à l'intérieur du greffon qui varie de légère à sévère. Cependant, les radiographies de contrôle à 6 mois montrent une rémission totale caractérisée par la disparition complète de la réaction inflammatoire et un retour à la normale de l'épaisseur de la membrane sinusienne (données encore non publiées par les auteurs) Fig. 7 - 8.

Complications et succès cliniques à long terme :

La complication principale rencontrée au cours de l'ESVL est la perforation de la membrane de Schneider. En effet, cette membrane assez fine peut être facilement dilacérée suite à une technique chirurgicale mal appropriée ou suite à la présence de facteurs de risque anatomiques.

L'utilisation des ultrasons afin d'accéder au sinus lors de la préparation de la fenêtre vestibulaire a significativement réduit les risques de perforation de la membrane du sinus (Wallace, Mazor et al. 2007).

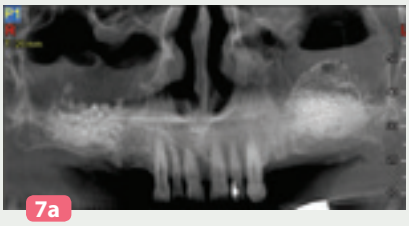
Suite à la déchirure de la muqueuse sinusienne, le chirurgien pourra essayer de colmater la brèche si celle-ci est toujours de diamètre réduit. Les membranes en collagène ou plus récemment les membranes en fibrine telles que le PRF de Choukroun peuvent servir à fermer la déchirure avant de continuer normalement la procédure de greffe du sinus.

Toutefois, il convient avant toute chirurgie de détecter les facteurs de risque anatomiques pouvant augmenter le risque de déchirure de la membrane, notamment la présence de septum et l'épaisseur de la membrane, cette dernière étant en rapport direct avec le biotype du patient. Ainsi, les patients présentant un biotype fin présentent une membrane de Schneider fine plus prédisposée à être perforée (Aimetti, Massei et al. 2008).

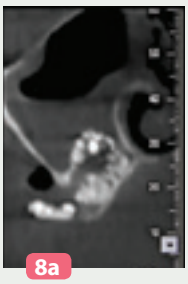
D'autre part, des sinusites peuvent être rencontrées suite à une greffe sinusienne. Elles sont généralement dues à la présence d'une pathologie préexistante au niveau du sinus ou à la perforation non traitée de la membrane menant à la diffusion du biomatériau à l'intérieur du sinus. Le traitement de ces sinusites nécessite un traitement antibiotique couplé au nettoyage et au lavage de l'os greffé.

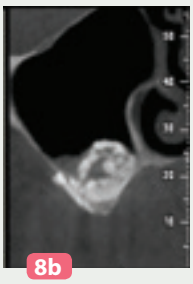
Cette procédure a montré un taux de succès élevé qu'elle soit réalisée avant ou pendant la pose d'implants. Del Fabbro et al. en 2004, dans une méta analyse, ont trouvé un taux de survie de 91,49 % pour les implants placés dans des sinus greffés (Del Fabbro, Testori et al. 2004, Pjetursson, Tan et al. 2008). Ces taux de survie étaient de 87,7 % quand le greffon était

> > >


7a

7b


8a


8b

9a

9b

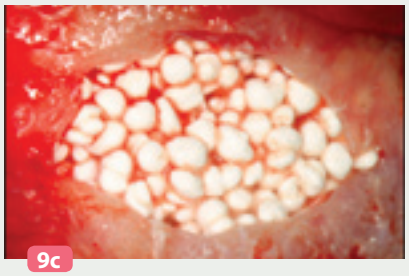

9c

Fig. 7 : *coupes panoramiques :* **a -** *réaction inflammatoire sévère à l'intérieur du greffon avec épaississement de la membrane à 2 jours,* **b -** *aspect totalement normal à 6 mois*

Fig. 8 : *coupes axiales:* **a -** *réaction inflammatoire sévère et extériorisation du greffon avec épaississement de la membrane à 7 jours,* **b -** *aspect totalement normal à 6 mois*

Fig. 9 : a - *déchirure de la membrane de Schneider après soulèvement de sinus,* **b -** *pose d'une membrane en collagène pour colmater la brèche,* **c -** *pose du greffon osseux*

INTERACTIVE™
SYSTÈME IMPLANTAIRE

Implant Direct
simply smarter.

L'INNOVATION ACCESSIBLE !

LA CONNEXION CONIQUE

Nouvelles caractéristiques :

- ***une connexion conique de 12°*** compatible avec NobelActive™ & NobelReplace™ CC,
- ***un porte-implant à deux étages et trois fonctions :*** connecteur, transfert d'empreinte, porte-pilier prothétique,
- ***la présence de microspires pour accroitre la stabilité primaire et réduire le stress dans la zone crestale,***

  un profil d'émergence prothétique trans-gingival concave pour une meilleure gestion des tissus mous,
- ***un nouvel implant couvrant tous vos besoins à moindre coût.*** Le ***All In One Packaging*** est le plus économique du marché à 192 € TTC et comprend : implant, vis de couverture, bague de cicatrisation, porte-implant/transfert d'empreinte et pilier définitif en titane.

EAO
EUROPEAN ASSOCIATION FOR OSSEOINTEGRATION

September 25-27 2014
Rome - Italy

STAND G03

GOLD SPONSOR

RETROUVEZ TOUS NOS PRODUITS
SUR NOTRE BOUTIQUE EN LIGNE
WWW.IMPLANTDIRECT.FR
00800 4030 4030

CE FDA

*Marques déposées
de Zimmer© Dental

Le point sur **les élévations sinusiennes** par voie latérale (suite)

l'os autogène seul et 95,98 % lors de l'utilisation de biomatériaux. Les implants rugueux avaient un taux de survie nettement meilleur (95,98 %) que les implants lisses (85,64 %). Enfin, aucune différence n'a été notée dans le taux de survie quand les implants étaient placés simultanément avec la greffe de sinus ou de façon différée.

Conclusion

Les soulèvements de sinus par voie latérale représentent la technique chirurgicale de choix au niveau du maxillaire postérieur atrophique. La planification radiographique, à l'aide du CBCT, est un outil précieux afin de mettre en évidence les pathologies sinusiennes, de détecter les obstacles anatomiques et de planifier correctement l'ESVL. L'utilisation des ultrasons a simplifié la technique chirurgicale tout en diminuant les risques de perforation de la membrane de Schneider. Plusieurs biomatériaux d'origine humaine, animale ou synthétiques peuvent être utilisés de façon prévisible à l'intérieur du sinus. Le suivi post-opératoire a mis en évidence une réaction inflammatoire, parfois intense, suite à l'ESVL qui retourne à la normale à 6 mois.

À LIRE

M. AIMETTI, G. MASSEI, M. MORRA, E. CARDESI AND F. ROMANO
«Correlation between gingival phenotype and Schneiderian membrane thickness.» *Int J Oral Maxillofac Implants 23*(6): 1128-1132. (2008)

ANDUZE-ACHER, G., B. BROCHERY, R. FELIZARDO, P. VALENTINI, S. KATSAHIAN AND P. BOUCHARD
«Change in sinus membrane dimension following sinus floor elevation: a retrospective cohort study.» *Clinical Oral Implants Research. (2012)*

BOYNE, P. J. AND R. A. JAMES
«Grafting of the maxillary sinus floor with autogenous marrow and bone.» *J Oral Surg 38*(8): 613-616. (1980)

DEL FABBRO, M., T. TESTORI, L. FRANCETTI, R. WEINSTEIN
«Systematic review of survival rates for implants placed in the grafted maxillary sinus.» *Int J Periodontics Restorative Dent 24*(6): 565-577. (2004)

FROUM, S. J., S. S. WALLACE, N. ELIAN, S. C. CHO AND D. P. TARNOW
«Comparison of mineralized cancellous bone allograft (Puros) and anorganic bovine bone matrix (Bio-Oss) for sinus augmentation: histomorphometry at 26 to 32 weeks after grafting.» *The International journal of periodontics & restorative dentistry 26*(6): 543. (2006)

HARRIS, D., K. HORNER, K. GRÖNDAHL, R. JACOBS, E. HELMROT, G. I. BENIC, M. M. BORNSTEIN, A. DAWOOD AND M. QUIRYNEN
«EAO guidelines for the use of diagnostic imaging in implant dentistry 2011. A consensus workshop organized by the European Association for Osseointegration at the Medical University of Warsaw.» *Clinical Oral Implants Research 23*(11): 1243-1253. (2012)

MANJI, A., J. FAUCHER, R. R. RESNIK AND J. B. SUZUKI
«Prevalence of Maxillary Sinus Pathology in Patients Considered for Sinus Augmentation Procedures for Dental Implants.» *Implant dentistry 22*(4): 428-435. (2013)

MISCH, C. E. AND K. W. JUDY
«Classification of partially edentulous arches for implant dentistry.» *Int J Oral Implantol 4*(2): 7-13. (1987)

MOZZO, P., C. PROCACCI, A. TACCONI, P. T. MARTINI AND I. A. B. ANDREIS
«A new volumetric CT machine for dental imaging based on the cone-beam technique: preliminary results.» *European radiology* 8(9): 1558-1564. (1998)

PELINSARI LANA, J., P. MOURA RODRIGUES CARNEIRO, V. DE CARVALHO MACHADO, P. EDUARDO ALENCAR DE SOUZA, F. RICARDO MANZI, M. CAMPOLINA REBELLO HORTA
«Anatomic variations and lesions of the maxillary sinus detected in cone beam computed tomography for dental implants.» *Clinical Oral Implants Research 23*(12): 1398-1403. (2012)

PJETURSSON, B. E., W. C. TAN, M. ZWAHLEN AND N. P. LANG
«A systematic review of the success of sinus floor elevation and survival of implants inserted in combination with sinus floor elevation.» *Journal of Clinical Periodontology 35*(s8): 216-240. (2008)

QUIRYNEN, M., D. LEFEVER, P. HELLINGS AND R. JACOBS
«Transient swelling of the Schneiderian membrane after transversal sinus augmentation: a pilot study.» *Clin Oral Implants Res 25*(1): 36-41. (2014)

ROSANO, G., S. TASCHIERI, J. F. GAUDY, T. WEINSTEIN AND M. DEL FABBRO
«Maxillary sinus vascular anatomy and its relation to sinus lift surgery.» *Clinical oral implants research 22*(7): 711-715. (2011)

SEONG, W.-J., M. BARCZAK, J. JUNG, S. BASU, P. S. OLIN AND H. J. CONRAD
«Prevalence of sinus augmentation associated with maxillary posterior implants.» *Journal of Oral Implantology 39*(6): 680-688. (2013)

TATUM, H., JR.
«Maxillary and sinus implant reconstructions.» *Dent Clin North Am 30*(2): 207-229. (1986)

T. TORKKELI, M. RAUTIAINEN AND J. NUUTINEN
«Ciliary ultrastructure and mucociliary transport in upper respiratory tract infections.» *American Journal of Rhinology 8*(5): 211-215. (1994)

J. F. TULASNE
«Sinus grafting with calvarial bone.» *The Sinus Bone Graft, London: Quintessence Publishing Co:* 107-116. (1999)

T. VERCELLOTTI
«Technological characteristics and clinical indications of piezoelectric bone surgery.» *Minerva Stomatol 53*(5): 207-214. (2004)

T. VERCELLOTTI, S. DE PAOLI AND M. NEVINS
«The piezoelectric bony window osteotomy and sinus membrane elevation: introduction of a new technique for simplification of the sinus augmentation procedure.» *Int J Periodontics Restorative Dent 21*(6): 561-567. (2001)

WALLACE, S. S., Z. MAZOR, S. J. FROUM, S. C. CHO AND D. P. TARNOW
«Schneiderian membrane perforation rate during sinus elevation using piezosurgery: clinical results of 100 consecutive cases.» *Int J Periodontics Restorative Dent 27*(5): 413-419. (2007)

WATELET, J.-B., C. BACHERT, P. GEVAERT AND P. VAN CAUWENBERGE
«Wound healing of the nasal and paranasal mucosa: a review.» *American journal of rhinology 16*(2): 77-84. (2002)

WOOD, R. M. AND D. L. MOORE
«Grafting of the maxillary sinus with intraorally harvested autogenous bone prior to implant placement.» *The International journal of oral & maxillofacial implants 3*(3): 209-214. (1987)

YILDIRIM, M., H. SPIEKERMANN, S. HANDT AND D. EDELHOFF
«Maxillary sinus augmentation with the xenograft Bio-Oss and autogenous intraoral bone for qualitative improvement of the implant site: a histologic and histomorphometric clinical study in humans.» *The International journal of oral & maxillofacial implants 16*(1): 23-33. (2001)

ZIJDERVELD, S. A., I. R. ZERBO, J. P. VAN DEN BERGH, E. A. SCHULTEN AND C. M. TEN BRUGGENKATE
«Maxillary sinus floor augmentation using a beta-tricalcium phosphate (Cerasorb) alone compared to autogenous bone grafts.» *Int J Oral Maxillofac Implants 20*(3): 432-440. (2005)

PERFORMANCE, LIBERTÉ, SIMPLICITÉ

CONCEPT axiom®

La nouvelle dimension

1 CONCEPT GLOBAL

3 SOLUTIONS COMPLÉMENTAIRES POUR TOUTES LES INDICATIONS CLINIQUES

- Connexion conique, résistante et hermétique.
- "Platform switching" - Intégration biologique optimale.
- Etat de surface ostéo-conducteur **BCP®** - Stimulation osseuse efficace.
- Trousses de chirurgie compactes et ergonomiques.
- Piliers **Multi-Unit** pour Axiom® REG/PX. NOUVEAU !
- Programme de garantie **Serenity®**.

2 237, Avenue André Lasquin - 74700 Sallanches - FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 58 02 37 - Fax : +33 (0)4 50 93 78 60
www.anthogyr.fr

anthogyr
A global solution for **dental implantology**

Dispositifs médicaux à destination des professionnels de la médecine dentaire – Non remboursés par la Sécurité Sociale
Classe IIb. CE0459. LNE/G-MED. Fabricant : Anthogyr. Lire attentivement les instructions figurant dans les notices et manuels d'utilisation.

Augmentation de volume osseux sous sinusien par accès crestal,
une alternative au comblement sous sinus par voie latérale.

Dr Guillaume DROUHET
Attaché de l'unité d'implantologie chirurgicale, service d'odontologie hôpital Rothschild-Garancière Paris 7
Attaché d'enseignement du Diplôme Universitaire de Reconstruction Pré Implantaire Paris 7
Co-fondateur formation PACT Implant
Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique Université Paris 7,
Diplôme de Chirurgie Pré et Péri Implantaire Paris 11,
Exercice privé Paris

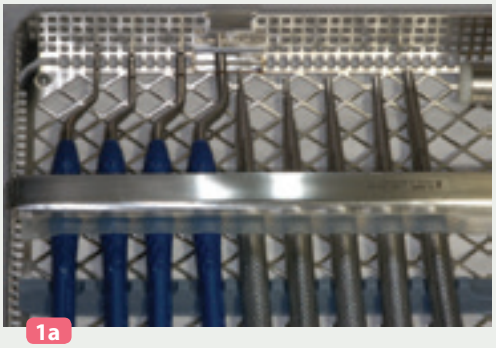
La perte osseuse, et la qualité osseuse de type III ou IV au maxillaire postérieur a été longtemps source de taux de succès plus faible. Validée depuis 1996 par le rapport du consensus de l'académie d'ostéointégration, la technique de comblement sous sinusien permet de poser favorablement des implants avec un taux de réussite satisfaisant. Par abord chirurgical latéral, la technique d'élévation du plancher sinusien est réalisée avec un apport d'os autogène prélevé dans un site donneur distant (os pariétal ou iliaque, ramique ou mentonnier) mais aussi avec l'utilisation de xénogreffe (Bio-Oss®, os d'origine bovine) ou allogreffe, la pose d'implant étant différée ou immédiate quand la hauteur osseuse résiduelle le permet.

En 1994, Summers[1-2-3] décrit une technique d'élévation par voie crestale à l'aide d'instruments appelés ostéotomes permettant de condenser l'os et de l'impacter. Associée ou non à l'utilisation de biomatériau, elle permet de soulever la membrane de Schneider, et de poser immédiatement des implants quand la hauteur osseuse initiale sous sinusale est supérieure ou égale à 5mm.

Cette technique nettement moins invasive, avec des suites plus simples, induit peu de complications. La connaissance et l'apprentissage de cette technique chirurgicale permet une approche favorable et régulière avec des taux de succès comparables à la pose traditionnelle d'implant.

Protocole chirurgical et indications

L'instrumentation utilisée est un ensemble d'ostéotomes, cylindro-coniques, droits ou coudés, de diamètre croissant de 1.5 mm à 5 mm, à extrémité concave Fig. 1a-1b, et un maillet pour impacter l'ostéotome dans l'os résiduel. L'os maxillaire étant d'une densité osseuse faible de type III ou IV selon Lekholm & Zarb, aucun forage préalable n'est nécessaire, l'impaction commençant dès le premier ostéotome utilisé. (Le passage d'un foret initial pourra être effectué pour le marquage préalable des sites selon un guide chirurgical sur une profondeur de 1 à 2 mm, ou pour percer un os cortical trop dense). Cet ostéotome est impacté



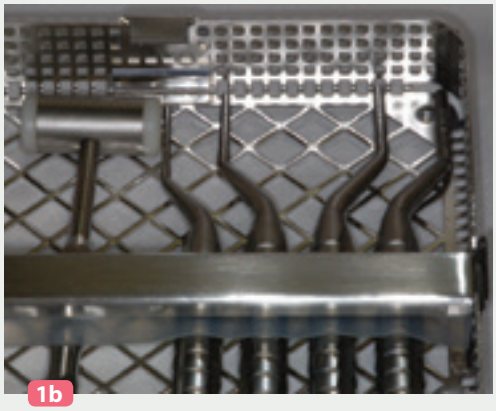
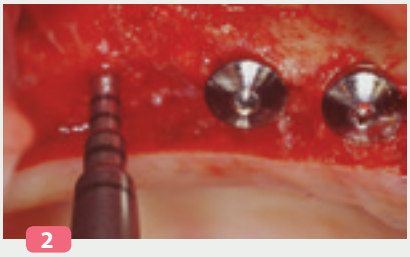


Fig. 1a-1b : *trousse d'ostéotomes, ostéotomes droits numérotés de 1 à 5 à extrémités concaves.*


2

3

4

5

6

7

Fig. 2-3-4 : *passage des ostéotomes n°1, 2, 3 et 4 impaction jusqu'à profondeur en deçà de 1-2 mm de la hauteur initiale sous sinus.*

Fig. 5-6-7 : *réalisation d'un toit osseux impacté, diamètre désiré atteint ; impaction avec le dernier ostéotome sur un lit de biomatériau (Bio Oss ®) sans jamais être dans la cavité sinusale. Pose de l'implant sans autre préparation préalable.*

jusqu'à une distance de 1 à 2 mm de la hauteur osseuse initiale mesurée. Puis les ostéotomes de diamètre croissant sont impactés, jusqu'à atteindre le diamètre de préparation désiré, ce dernier devant être sous dimensionné par rapport à celui de l'implant choisi. Ainsi, un « toit osseux » impacté est maintenu, permettant un contrôle envers toute effraction de la membrane de Schneider Fig. 2-3-4-5. L'impaction commençant dès le premier ostéotome, la condensation latérale induit une densité osseuse plus importante. Ensuite, avec apport de matériau de comblement, on place un lit de matériau dans le fond du site préparé. Une impaction avec le dernier ostéotome est faite de façon à réaliser une fracture du plancher sinusien, en n'enfonçant jamais l'instrument au-delà de la hauteur sous sinus initiale mesurée. Puis, le matériau est incorporé progressivement et poussé sans effort, à l'aide de l'ostéotome. Ce dernier ne pénétrant jamais la cavité sinusienne, le risque d'effraction de la membrane de Schneider est contenu, le matériau de comblement est refoulé sous la membrane sinusienne Fig. 6.

Il est possible d'augmenter de 5 à 7 mm la hauteur d'os, permettant ainsi de poser un implant de longueur de 9 à 11 mm voire 13 mm[4-5].

Cependant, l'amélioration des états de surface implantaire, et les études récentes nous permettent d'envisager de poser des implants de longueur 8 ou 9 mm avec sécurité. Aussi, la tendance actuelle est de réaliser ces techniques de « Summers » sans apport de biomateriau, décrite aussi par Summers en 1994. Dans ce cas, la préparation du site est plus progressive, en pénétrant moins profondément avec les 2 premiers ostéotomes (2-3 mm) afin de pouvoir ensuite reprendre l'impaction en s'enfonçant jusqu'à 1 à 2 mm en deçà de la hauteur osseuse initiale sous sinus. Cette impaction délicate et effectuée en douceur favorise alors l'augmentation de la hauteur de tissu osseux. Au dernier passage d'ostéotome, on impacte le « plafond » jusqu'à la hauteur initiale, sans jamais pénétrer la cavité sinusale, l'implant étant alors posé jusqu'à stabilité primaire parfaite Fig. 7.

L'ancrage primaire de l'implant est exclusivement assuré par la portion d'os initialement disponible. En conséquence, la possibilité d'implanter dans le même temps chirurgical que le soulevé de sinus est définie par la hauteur initiale d'os.

Longtemps, il a été considéré comme corolaire que la hauteur osseuse sous sinusienne devait être comprise entre 5 mm et 8 mm pour envisager la mise en place d'implants. Cependant, la maitrise et l'apprentissage de cette technique permet d'envisager la pose d'implant avec une hauteur osseuse sous sinus de 3-4 mm. L'évaluation quantitative de la hauteur osseuse disponible peut se faire à l'aide d'une radio panoramique pré-opératoire avec un agrandissement constant de 1.1, et/ou d'un cliché rétro-alvéolaire long

> > >

À LIRE

[1] ***SUMMERS RB.*** A new concepts in rnaxillary implant surgery: the osteotome technique. *Compend Contin Educ Dent* 1994; 15:152-162.

[2] ***SUMMERS RB.*** The osteotome technique. Part 2. The ridge expansion osteotomy (REO) procedure. *Compend Contin Educ Dent* 1994; 15:422-436.

[3] ***SUMMERS RB.*** The osteotome technique. Part 3. Less invasive rnethods of elevation the sinus floor. *Compend Contin Educ Dent* 1994; 15:698-708.

[4] ***PJETURSSON BE., RAST C., BRAGGER U., SCHMILIN K., ZWAHLEN M., LANG NP.*** Maxillary sinus floor elevation using the (transalveolar) osteotome technique with or without grafting material. Part I: implant survival and patients'perception. *Clin. Oral Impl. Res.* 2009, 20 : 667–676

[5] ***PJETURSSON BE., RAST C., BRAGGER U., SCHMILIN K., ZWAHLEN M., LANG NP.*** Transalveolar maxillary sinus floor elevation using osteotomes with or without grafting material. Part II: radiographic tissue remodeling. *Clin. Oral Impl. Res.*, 2009 20 : 677–683

[6] ***ESPOSITO & AL.*** Effectiveness os sinus lift procedures for dental implant rehabilitation. *Eur.J.Oral Implantol.*, 2010;3(1):7-26.

[7] ***NEDIR R, NURDIN N, KHOURY P, PERNEGER T, EL HAGE M, BERNARD J-P, BISCHOF M.*** Osteotome sinus floor elevation with and without grafting material in the severely atrophic maxilla. A 1-year prospective randomized controlled study. *Clin. Oral Impl.* Res. 00, 2012, 1–8

[8] ***NEDIR R, NURDIN N, VAZQUEZ L, SZMUKLER-MONCLER S, BISCHOF M, BERNARD J-P.*** Osteotome sinus floor elevation technique without grafting: a 5-year prospective study. *J Clin Peridontol* 2010; 37: 1023–1028.

Augmentation de volume osseux sous sinusien par accès crestal, une alternative au comblement sous sinus par voie latérale.

cône orthocentré à l'aide d'angulateurs et/ou un scanner ou un cône beam. L'édentement peut être unitaire ou plural au niveau des secteurs maxillaires postérieurs.

Cette technique, abordable après formation par tout chirurgien, nécessite une courbe d'apprentissage importante, et son approche doit se faire en considérant bien les fondamentaux : hauteur sous sinus minimum 5mm, aucune pénétration intra sinusienne des ostéotomes (1-2mm sous la plancher sinusien avant effraction), augmentation progressive et douce de volume par apport, ou non, de bio matériau.

Les études récentes montrent que dès une hauteur sous sinus de 3-4mm l'abord crestal est une alternative intéressante au comblement sous sinusien par abord latéral, induisant moins de complication[6-7-8].

Cas Clinique : « Réhabilitation maxillaire secteur droit et gauche, recul clinique sur 12 ans.»

La réhabilitation maxillaire droite de cette patiente alors âgée de 70 ans a été réalisée en 2002 avec la pose de 4 implants Stéri Oss (surface usinée) dont 2 implants en sites 16 et 17 posés selon la technique de Summers Fig. 8. Le contrôle par radio panoramique en octobre 2002 montre un volume sous sinusien avec un dôme recouvrant les implants Fig. 9. Le contrôle régulier confirme une parfaite stabilité de l'augmentation de volume, comme on le voit sur la radio panoramique en 2011 Fig. 10-11. Le secteur maxillaire gauche est réhabilité en posant 3 implants Astra en sites 24, 26 et 27, avec technique de Summers en sites 26 et 27 Fig. 12-13-14. Un bridge implanto porté est réalisé à 4 mois Fig. 15-16. Un contrôle clinique et radiologique est effectué en 2013 montrant la stabilité parfaite de l'augmentation de volume sous sinusien à 12 ans Fig. 17-18.

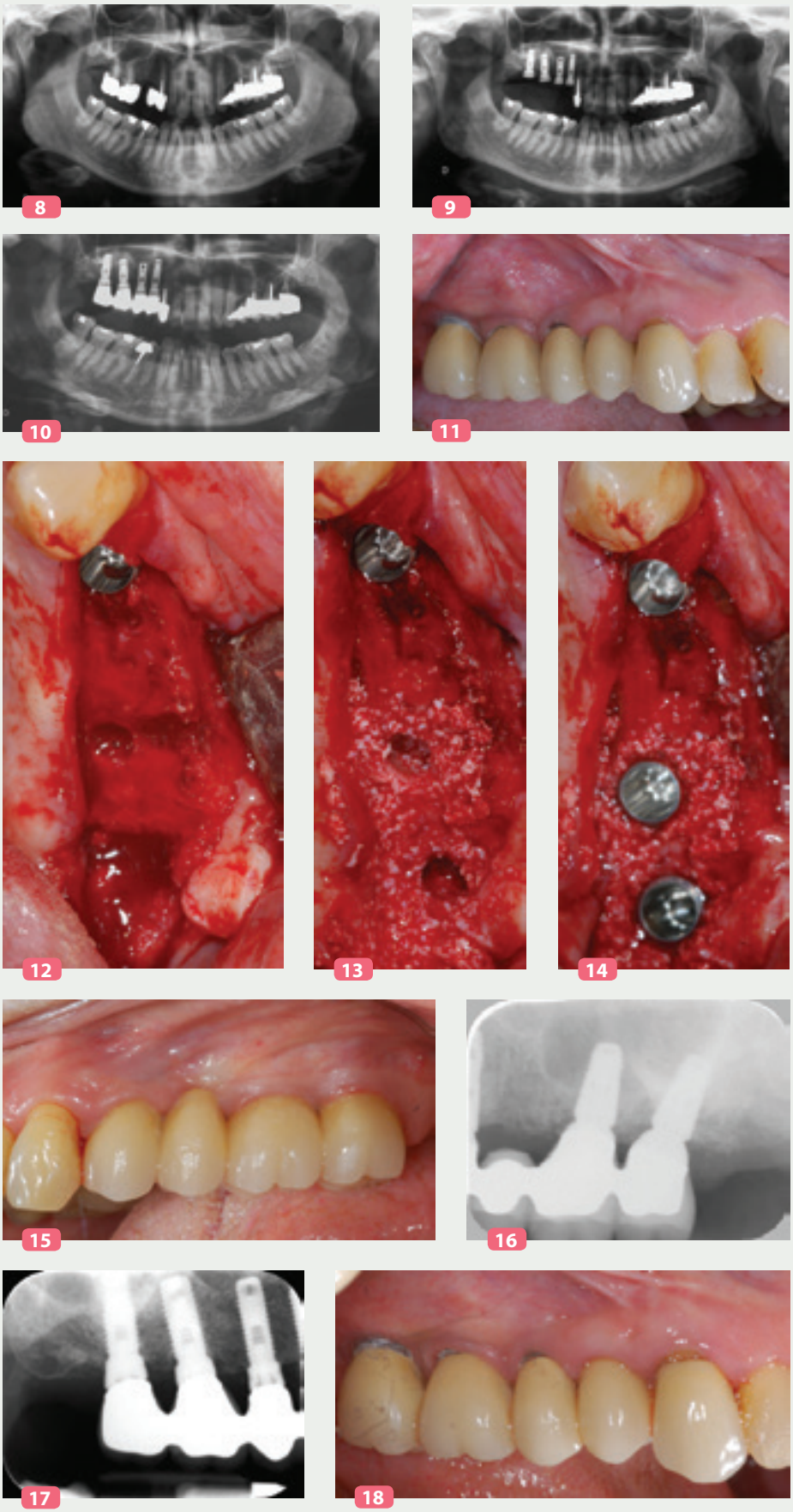


Fig. 8-9 : *panoramique initiale, et contrôle à 6 mois, visualisation d'un dôme au-dessus des implants Stéri Oss.*

Fig. 10-11 : *contrôle à 10 ans clinique et radiologique - Parfaite stabilité de l'augmentation osseuse sous sinus.*

Fig. 12-13-14 : *préparation et pose d'implant Astra en sites 26 et 27 avec technique de Summers en 2011.*

Fig. 15-16-17-18 : *contrôle à 12 ans clinique et radiologique. Patiente âgée de 82 ans, malgré une hygiène relative, on note une bonne stabilité des réhabilitations implanto-prothétiques.*

SUNSTAR
GUIDOR

Parocline® 2 %

Gel pour usage dentaire

TRAITEMENT ANTIBACTÉRIEN EN COMPLÉMENT DES TRAITEMENTS MÉCANIQUES HABITUELS DES PARODONTITES*

ANTIBIOTIQUE LOCAL :

- Agit sur la flore pathogène[1]
- Fortes concentrations in situ[2]
- Libération lente et continue[1]
- 1 traitement = 3 applications

Agit au cœur de la poche parodontale[1]

DENOMINATION : PAROCLINE 2 %, gel pour usage dentaire. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** *Pour une seringue :* Chlorhydrate de minocycline - Quantité correspondant à minocycline base : 10,0 mg. Excipients : hydroxyéthylcellulose, chlorure de magnésium, copolymère d'acrylates et de méthacrylates (EUDRAGIT RS), triacétine, glycérol. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Gel pour usage dentaire. **DONNEES CLINIQUES :** *Indications thérapeutiques :* traitement «antibactérien» en complément des traitements mécaniques habituels de la parodontose. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens. *Posologie et mode d'administration :* Insérer le bout de l'applicateur dans les poches parodontales de chaque dent le plus profondément possible, avant l'administration d'une quantité suffisante de gel pour remplir les poches. Approximativement 25 mg de gel sont administrés dans les poches de 5 à 7 mm de profondeur. Le traitement commencera par des applications tous les 14 jours, jusqu'à un total de 3 ou 4 applications (4 à 6 semaines). Ensuite, les applications seront faites tous les 3 mois. *Contre-indications :* Allergie aux antibiotiques de la famille des tétracyclines. L'emploi de ce médicament doit être évité chez l'enfant de moins de 8 ans, en raison du risque de coloration permanente des dents et d'hypoplasie de l'émail dentaire. Grossesse et Allaitement (voir rubrique Grossesse et allaitement). Association avec les rétinoïdes (voir rubrique Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions). *Mises en garde et précautions d'emploi :* Le brossage des dents, l'utilisation de bains de bouche ou de fil dentaire doivent être limités pendant les deux heures qui suivent l'application, ainsi que toute prise alimentaire. En raison de la possibilité de sensibilisation locale, la zone traitée devra être soigneusement observée. Si les signes et/ou les symptômes de sensibilisation (prurit, œdème, papules) se développent, il convient d'arrêter le traitement. Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en considération avant l'utilisation de ce médicament, en particulier : le surdosage expose à un risque d'hépato-toxicité ; la minocycline doit être utilisée avec précaution en cas d'insuffisance hépatique. En cas d'apparition d'éruption cutanée, de fièvre ou d'adénopathies, il convient d'arrêter le traitement (cf. Effets indésirables). **Des cas de syndrome d'hypersensibilité ont été rapportés avec la minocycline. Le risque de survenue et la sévérité de ces réactions semblent être plus élevés chez les patients de phototype foncé (phototype V-VI)** *Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions : Association contre-indiquée :* Rétinoïdes (voie générale) : risque d'hypertension intra-crânienne. *Associations faisant l'objet de précautions d'emploi :* Anticoagulants oraux : augmentation de l'effet des anticoagulants oraux et du risque hémorragique. Contrôle plus fréquent du taux de prothrombine et surveillance de l'INR ; adaptation éventuelle de la posologie des anticoagulants oraux pendant le traitement anti-infectieux et après son arrêt. *Sel, oxydes, hydroxydes de magnésium, d'aluminium et de calcium (topiques gastro-intestinaux) :* diminution de l'absorption digestive des cyclines. Prendre les topiques gastro-intestinaux à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). Sels de fer (voie orale) : diminution de l'absorption digestive des cyclines (formation de complexes). Prendre les sels de fer à distance des cyclines (plus de 2 heures, si possible). **Problèmes particuliers du déséquilibre de l'INR :** De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques. Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque. Dans ces circonstances, il apparaît difficile de faire la part entre la pathologie infectieuse et son traitement dans la survenue du déséquilibre de l'INR. Cependant, certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliquées : il s'agit notamment des fluoroquinolones, des macrolides, des cyclines, du cotrimoxazole et de certaines céphalosporines. *Grossesse et allaitement :* La minocycline passe dans le placenta et le lait maternel ; son emploi doit être évité chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent (risque d'anomalie du bourgeon dentaire ou de dyschromie dentaire chez l'enfant). *Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines :* Les précautions liées à l'administration systémique de minocycline doivent être prises en compte, à savoir : attirer l'attention des conducteurs ou utilisateurs de machines sur les risques de sensations vertigineuses avec impression d'idéation ralentie. *Effets indésirables :* Irritation gingivale, douleur locale, ecchymose, œdème gingival, abcès dentaire. Diarrhée, douleur gastrique. Les syndromes suivants ont été rapportés : Syndrome d'hypersensibilité consistant en une réaction cutanée (tel que éruption cutanée ou dermite exfoliative), éosinophilie et une ou plusieurs des manifestations suivantes : hépatite, pneumopathie, néphrite, myocardite, péricardite. Fièvre et lymphadénopathie peuvent être présentes. (Cf. rubrique «Mises en garde et précaution particulières d'emploi»). *Surdosage :* En cas de surdosage, faire un lavage gastrique. Il n'existe pas d'antidote spécifique. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** *Propriétés pharmacodynamiques :* **PRODUIT PROFESSIONNEL DENTAIRE - ANTIBIOTIQUE DE LA FAMILLE DES CYCLINES (A : Appareil digestif et métabolisme / J : Anti-infectieux).** La minocycline est un antibiotique de la famille des tétracyclines. Ce gel, de par son principe actif, la minocycline, a une activité antimicrobienne qui porte sur la majeure partie de la flore responsable des parodontites. **SPECTRE D'ACTIVITE ANTI-BACTERIENNE :** les concentrations critiques séparent les souches sensibles des souches de sensibilité intermédiaire et ces dernières, des résistantes : S ≤ 4 mg/l et R > 8 mg/l. La prévalence de la résistance acquise peut varier en fonction de la géographie et du temps pour certaines espèces. Il est donc utile de disposer d'informations sur la prévalence de la résistance locale, surtout pour le traitement d'infections sévères. Ces données ne peuvent apporter qu'une orientation sur les probabilités de la sensibilité d'une souche bactérienne à cet antibiotique. Lorsque la variabilité de la prévalence de la résistance en France est connue pour une espèce bactérienne, elle est indiquée entre parenthèses : **ESPECES SENSIBLES : Aérobies à Gram positif :** *Bacillus*, Entérocoque (40–80%), *Staphylococcus* méti-S, *Staphylococcus* méti-R* (70–80%), *Streptococcus* A (70%), *Streptococcus* B (80–90%), *Streptococcus pneumoniae* (20–40%). **Aérobies à Gram négatif :** *Branhamella catarrhalis, Brucella, Escherichia coli* (20–40%), *Haemophilus influenzae* (10%), *Klebsiella* (10–30%), *Neisseria gonorrhoeae, Pasteurella, Vibrio cholerae.* **Anaérobies :** *Propionibacterium acnes.* **Autres :** *Borrelia burgdorferi, Chlamydia, Coxiella burnetti, Leptospira, Mycoplasma pneumoniae, Rickettsia, Treponema pallidum, Ureaplasma urealyticum.* **ESPECES RESISTANTES : Aérobies à Gram négatif :** *Acinetobacter, Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Pseudomonas, Serratia.* *La fréquence de résistance à la méticilline est environ de 30 à 50% de l'ensemble des staphylocoques et se rencontre surtout en milieu hospitalier. Remarque : ce spectre correspond à celui des formes systémiques de la minocycline. Avec les présentations pharmaceutiques locales, les concentrations obtenues *in situ* sont très supérieures aux concentrations plasmatiques. Quelques incertitudes demeurent sur la cinétique des concentrations *in situ*, sur les conditions physico-chimiques locales qui peuvent modifier l'activité de l'antibiotique et sur la stabilité du produit *in situ*. *Propriétés pharmacocinétiques :* Les concentrations de minocycline dans le fluide gingival du sillon sont restées à des niveaux cliniquement efficaces pendant une durée minimum de trois jours après l'administration de 0,05 g de gel (1 mg de minocycline) dans les poches parodontales. Les concentrations sériques de minocycline après administration sous gingivale comme après administration orale de 0,5 g de gel (10 mg de minocycline), sont de l'ordre de 0,1 à 0,2 µg/ml. Ces concentrations sont plus faibles que celles observées après administration orale de 100 à 200 mg/jour de minocycline, doses utilisées en thérapeutique systémique. **DONNEES PHARMACEUTIQUES :** *Incompatibilités :* sans objet. *Durée de conservation :* 2 ans. *Précautions particulières de conservation :* A conserver entre + 2°C et + 8°C (au réfrigérateur). A conserver dans l'emballage extérieur d'origine et à l'abri de la lumière. *Nature et contenu du récipient :* 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (aluminium). Boîte de 1 ou 3 seringue(s). *Précautions particulières d'élimination et de manipulation :* Un traitement préalable - détartrage et polissage radiculaire - est toujours conseillé ; il devra être le moins traumatique possible. La mesure de la profondeur moyenne des poches sera effectuée à l'aide d'une sonde parodontale. L'application du gel sera faite en dehors de la présence de la salive ; l'isolement des dents est impératif. Une anesthésie pourra être nécessaire. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** SUNSTAR France - 55/63, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS-PERRET. **EXPLOITANT DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** CENTRE SPECIALITES PHARMACEUTIQUES - 76, avenue du Midi 63800 COURNON D'AUVERGNE. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** *339 125-4 :* 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (Aluminium), boîte de 1. *360 940-5 :* 0,5 g de gel en seringue jetable (polypropylène) sous sachet (Aluminium), boîte de 3. **DATE DE PREMIERE AUTORISATION / DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** 28 juin 1995 / 28 juin 2010. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** Juillet 2012. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Réservé à l'usage professionnel.

Toute prescription d'antibiotique a un impact sur les résistances bactériennes. Elle doit être justifiée.

SUNSTAR FRANCE
SUNSTAR FRANCE - 55/63, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret
Tél. : 01 41 06 64 64 - Fax : 01 41 06 64 65 - www.sunstarGUM.com

1. Satomi et al. Minocycline HCl concentration in periodontal pocket after administration of LS007. Journal of Japanese Society of Periodontology, 1987 ;29(3) :937-43 - 2. Résumé des caractéristiques du produit

*Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens publiées par l'ANSM, et notamment de la limitation de leur utilisation aux populations cibles.

12/06/6680127/PM/003

Photo © iStockPhoto.com

Apport de la piézochirurgie dans l'élévation sinusienne par voie latérale : intérêt du volet repositionné

Dr Ronald YOUNES
DCD, Doctorat d'Université
Maître de conférences,
Service de chirurgie dentaire
Université Saint Joseph,
Beyrouth
Secrétaire général,
Société Libanaise
de chirurgie orale
ronald.younes@usj.edu.lb

Dr Maroun BOUKARAM
DCD, CESP, DUPU, MSc
Chargé de stage
clinique departement de
parodontologie universite
saint joseph.
Trésorier société libanaise
de parodontologie

Dr Pierre LAHOUD
DCD
DES Chirurgie Orale
DU Pathologie Orale
DU Imagerie 3D

Actuellement, plus de la moitié (54,2 %) des réhabilitations implantaires au niveau du maxillaire postérieur nécessitent une greffe sinusienne (Seong et al., 2013).

Au cours des chirurgies d'élévation sinusienne, il est impératif de préserver l'intégrité de la membrane de Schneider afin d'éviter toute échappée fortuite de biomatériaux, mettant en péril le devenir de l'augmentation osseuse, se traduisant parfois en une complication infectieuse intra-sinusienne ou une réduction significative du volume greffé.

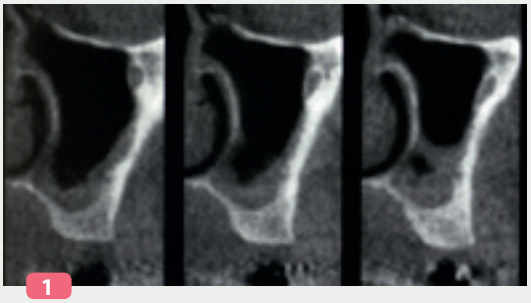
Le taux de perforation de la membrane de Schneider rapporté dans les greffes sinusiennes par voie latérale réalisées à l'aide d'instruments rotatifs varie de 14 % à 56 %. (Testori et al., 2008). Tandis que le risque de perforation en utilisant la chirurgie piézoélectrique varie entre 3 % et 7 % (Wallace et al., 2007).

Alors que la perforation de la membrane sinusienne est la complication la plus fréquente des greffes de sinus, la chirurgie piézoélectrique offre une réduction de 75 % du taux de perforation usuel.

D'autre part, l'utilisation d'inserts piézoélectriques atraumatiques évite la survenue d'un saignement abondant fortuit, celui-ci étant la deuxième complication la plus fréquente au cours de l'ostéotomie à l'aide d'instruments rotatifs. Cela se produit lorsque l'anastomose de la branche inférieure de l'artère alvéolaire supérieure postérieure et l'artère sous-orbitaire est coupée. Le saignement de cette artère est généralement minime, mais peut parfois devenir incontrôlé. L'augmentation de la durée de l'intervention ainsi que l'œdème post-opératoire et les ecchymoses en sont les conséquences.

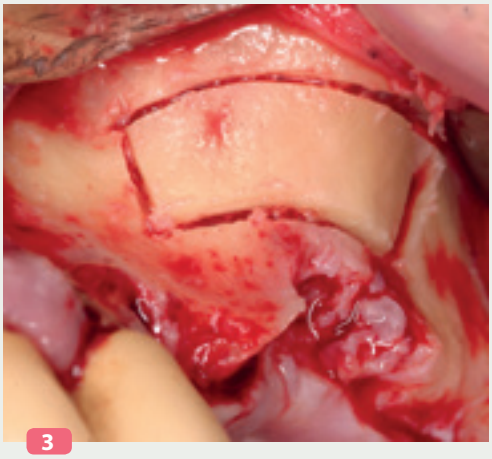
Par la suite, l'utilisation des machines piézoélectriques risque de devenir le « gold standard » des greffes osseuses réalisées dans la cavité buccale. Ce dispositif à ultrasons a été développé à l'origine pour une ostéotomie atraumatique au moyen de vibrations ultrasoniques et comme alternative aux

Cas clinique 1



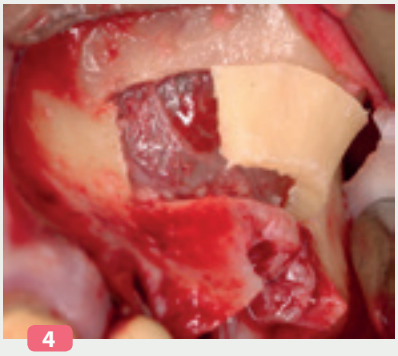
1

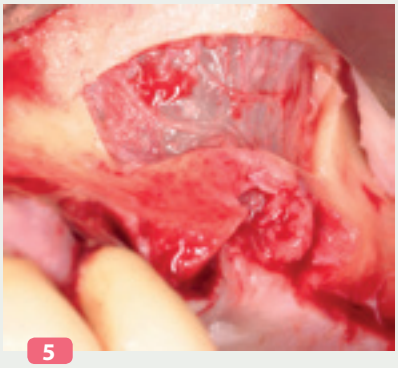
2



3

Fig. 1 : *CBCT mettant en évidence l'épaisseur de l'os en vestibulaire*
Fig. 2 : *mise en évidence de la paroi latérale du sinus, convexe et dense*
Fig. 3 : *délimitation du volet osseux par ostéotomie par les inserts* piezo


4


5

6

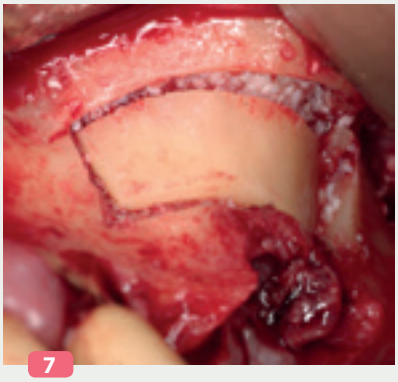

7

Fig. 4 : *désinsertion du volet osseux de la membrane de Schneider : noter l'épaisseur du volet*
Fig. 5 : *trajet des artérioles traversant la membrane sinusienne intacte*
Fig. 6 : *Biomatériau (Puros) comblant le sinus suite au décollement atraumatique de la membrane*
Fig. 7 : *volet osseux repositionné à sa place emprisonnant le produit de comblement*

instruments mécaniques qui sont utilisés dans la chirurgie orale conventionnelle. Cette technologie trouve son intérêt particulièrement lors des greffes sinusiennes en raison de leur action sélective sur les tissus ayant la possibilité de faire varier la fréquence d'oscillation et l'énergie de coupe résultant de la coupe sélective du tissu osseux sans risque d'endommager les tissus mous adjacents, spécifiquement la membrane sinusienne. Il en résulte une meilleure visibilité du champ opératoire due à l'irrigation sous pression et à l'effet de cavitation qui va contribuer à assurer des suites opératoires moins traumatisantes ainsi qu'une coupe précise au micron près, sans génération de chaleur.

Torrella et al. (1998) sont les premiers à publier une greffe de sinus par approche latérale en utilisant un instrument piézoélectrique. Cela a incité Tomaso Vercellotti à pousser ses recherches afin de développer un appareil plus puissant avec des inserts de formes variées, spécifiques, environ 3 fois plus puissants que les unités à ultrasons conventionnels, permettant de couper l'os cortical fortement minéralisé. De plus, la portée réduite et la linéarité des vibrations permettent un contrôle précis de l'ostéotomie.

Vercellotti et al., (2001) ont démontré une efficacité clinique et une meilleure réponse tissulaire fondée sur des preuves histologiques et histomorphométriques, avec une réponse tissulaire plus favorable que l'instrumentation rotative (carbure de tungstène ou diamantée) (Vercellotti et al., 2005).

Au cours des deux dernières décennies, un nombre croissant d'articles dans la littérature a montré l'intérêt des dispositifs piézoélectriques permettant des innovations techniques en chirurgie buccale. De nombreuses publications ont confirmé l'avantage de leur utilisation dans les greffes sinusiennes (Vercellotti et al., 2001) (Wallace et al., 2007).

La chirurgie piézoélectrique trouve son intérêt dans la préparation de la fenêtre osseuse avec des inserts spécialement conçus (forme arrondie ou aplatie, en forme de scie).

L'initiation du décollement de la membrane au niveau des bords de l'ostéotomie se fait classiquement à l'aide d'un insert en forme de « patte d'éléphant » atraumatique qui fonctionne par cavitation en présence d'eau saline pour entamer en toute sécurité l'élévation de la membrane sinusienne (Vercellotti et al., 2001).

La procédure est souvent complétée par des curettes ultrasoniques et manuelles poursuivant le décollement de la membrane progressivement jusqu'à la paroi médiale du sinus.

Choix des inserts :

Lorsque la paroi latérale du sinus est mince, il est généralement conseillé d'utiliser l'insert rond diamanté pour délimiter la fenêtre osseuse.

En présence d'un os vestibulaire épais, il serait plus utile de réduire d'abord l'épaisseur de la paroi grâce à l'insert utilisé pour l'ostéoplastie, puis affiner la fenêtre avec l'insert aplati diamanté.

L'os réduit par ostéoplastie peut être récolté et incorporé dans la greffe de sinus.

Une autre option intéressante dans le cas d'une paroi épaisse serait d'appliquer la technique du « volet repositionné », qui consiste à réaliser les étapes suivantes :

1. délimiter le volet osseux à l'aide de l'insert en forme de scie ;
2. compléter l'ostéotomie en utilisant l'insert rond ou aplati ;
3. récliner le volet osseux à l'aide de l'insert en forme de curette orienté vers la partie interne du volet ;
4. progresser ainsi jusqu'à l'obtention d'un décollement complet du volet osseux de la membrane du sinus ;
5. mettre de côté le volet dans du sérum physiologique ;
6. repositionner le volet osseux à sa place originelle en fin d'intervention après décollement de la membrane et comblement du sinus. ●

> > >

Cas clinique 2

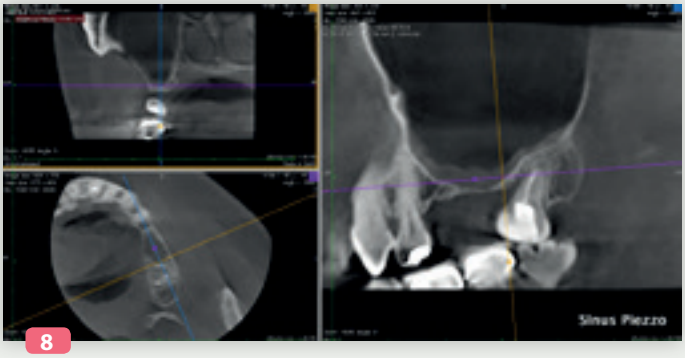


Fig. 8 : *Cone Beam Préopératoire*

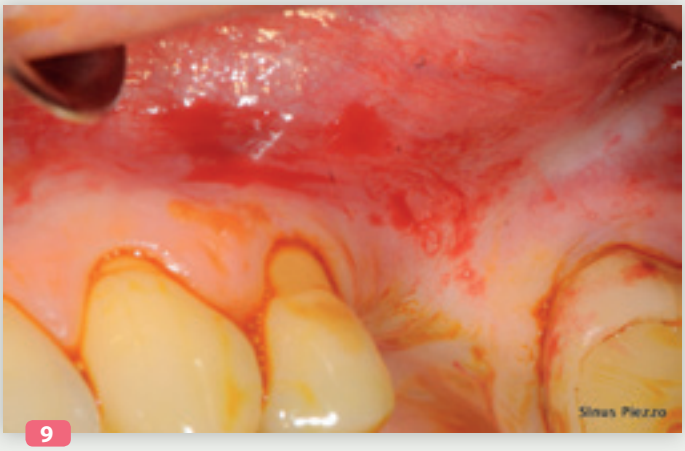


Fig. 9 : *vue du site opératoire*

Fig. 10 : *vue vestibulaire de la paroi sinusienne*

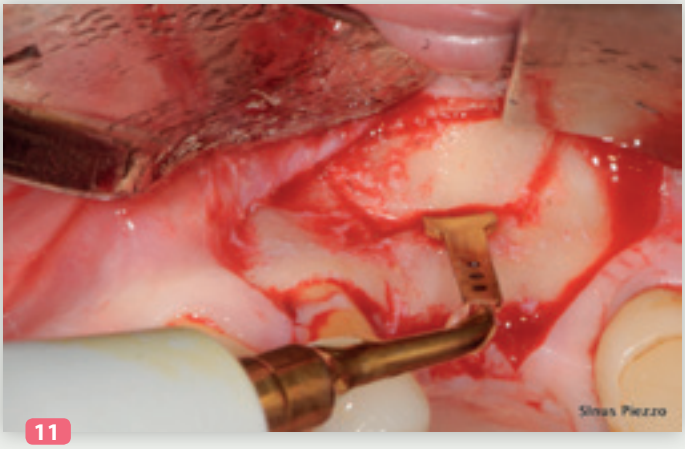


Fig. 11 : *ostéotomie au piezotome Insert coupant OT7 (Mectron©)*

Fig. 12 : *ostéotomie au piezotome Insert abrasif diamanté (Mectron©)*

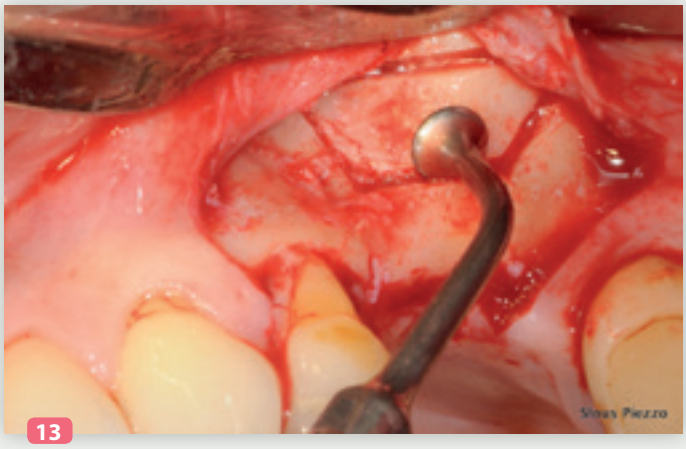


Fig. 13 : *libération de la paroi osseuse avec l'insert « patte d'éléphant »*

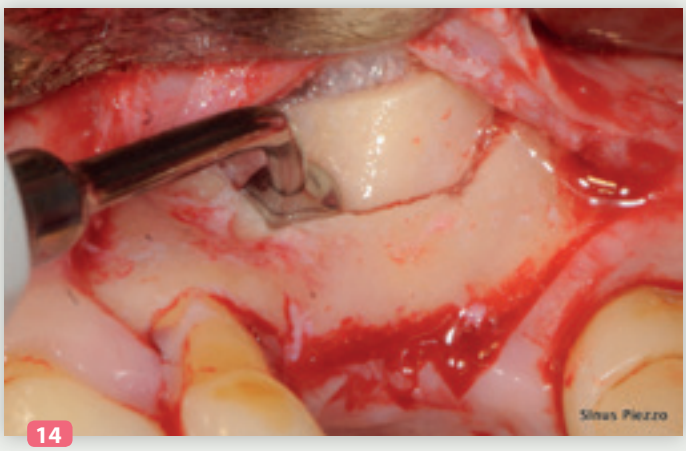


Fig. 14 : *décollement initié à l'insert en forme de trompe*

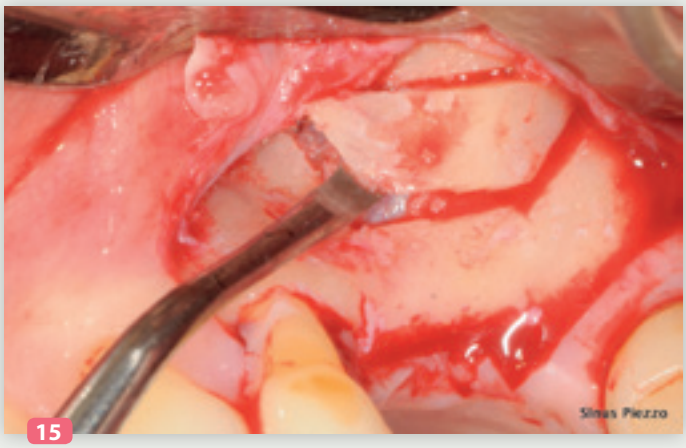


Fig. 15 : *retrait de la paroi vestibulaire.*

INTERNATIONAL CERTIFICATE IN PERIODONTOLOGY AND IMPLANTOLOGY

NEW-YORK UNIVERSITY NYU

CEIOP CEIOP

Sous la Présidence du Doyen
Pr. C. BERTOLAMI

RESPONSABLES DE LA FORMATION

Pr K. BEACHAM / Dr R. DA COSTA – NOBLE / Dr Y. LAUVERJAT / Dr W. VAN WILLIGEN

L'enseignement se déroule sur deux ans (6 semaines 2014-2015-2016)
Les cours auront lieu au CEIOP à Bordeaux et à New-York University selon les dates

Bordeaux-Ceiop	:	8-12 décembre 2014
New-York University	:	16-20 mars 2015
New-York University	:	12-16 octobre 2015
Bordeaux-Ceiop	:	7-11 décembre 2015
New-York University	:	7-11 mars 2016
New-York University	:	11-15 juillet 2016

Traduction assurée

Principaux intervenants au CEIOP (Semaines 1 et 4) :
Dr P. WEIGL / Dr J-P. BERNARD / Dr R. DA COSTA-NOBLE / Dr Y. LAUVERJAT
Dr B. ELLA / Pr P. CAIX / Dr M. STEIGMAN / Dr R. TANIMURA / Dr A. KIRCH
Dr A. SAADOUN / Dr M. LEGALL / Dr A. SCULEAN ....

Principaux intervenants à New-York University (Semaines 2, 3, 5 et 6) :
Dr E. ROSENBERG / Dr C. EVIAN / Dr Z. MAZOR / Dr N. ELIAN / Dr P-D. MILLER
Dr S. FROUM / Dr F. CELENZA / Dr S. WALLACE / Dr M. SONICK / Dr G. ROMANOS
Dr J. STAPPERT / Dr D. VAFIADIS / Dr P. HUNT / Dr K. KLONSKY / Dr S. CHO ....

COUT DE LA FORMATION

1200 Euros la semaine à Bordeaux / 1800 Dollars la semaine à New-York

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

International Certificate NY - CEIOP, 34 rue du Cap de Haut 33320 EYSINES (France)
Dr DA COSTA-NOBLE (dacosta.noble.reynald@numericable.fr)
Dr LAUVERJAT (ylauverjat@aol.com)
Secrétariat : Nicole ROUSSILLON Tél. 06 26 80 46 43 / 05 56 96 76 36
(ceiop@ceiop.com)

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

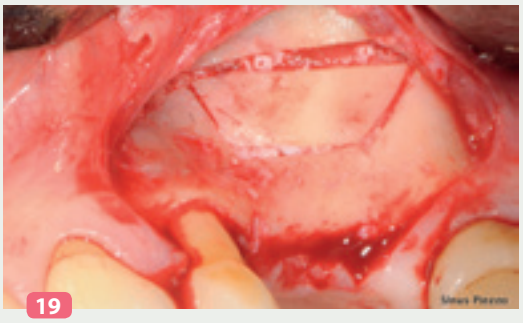
Tél. : ..... Fax : ..... Email : .....@.....

☐ Je suis intéressé(e) par la formation sur 2 ans « International Certificate New-York CEIOP»

16

17

18


19

20

Fig. 16 : *vue de la muqueuse et de l'artère alvéolo antrale*
Fig. 17 : *décollement de la muqueuse sinusienne avec insert coudé au piezotome Mectron©*
Fig. 18 : *comblement au BioOss©*
Fig. 19 : *repositionnerment de la paroi vestibulaire*
Fig. 20 : *sutures*

Apport de la piézochirurgie dans l'élévation sinusienne par voie latérale : intérêt du volet repositionné (suite)

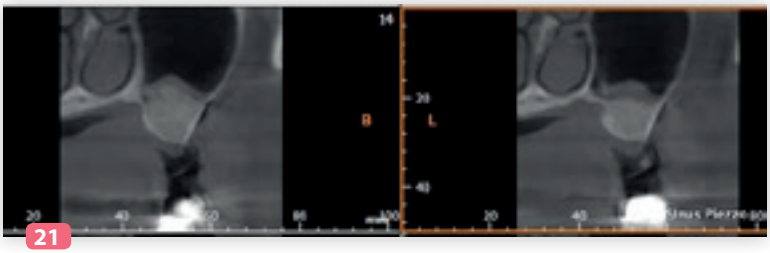

21

Fig. 21 : *contrôle post opératoire*

Conclusion

La technologie piézoélectrique a fait ses preuves depuis plus de 10 ans dans les greffes sinusiennes.

La technique du volet repositionné se présente comme une technique regroupant les avantages de la piezochirurgie par rapport à la chirurgie osseuse rotative, dont :

1. un taux de perforation réduit de la membrane sinusienne ;
2. un saignement per-opératoire diminué ;
3. une visibilité per-opératoire nettement améliorée ;
4. un traumatisme chirurgical réduit.

Les avantages additionnels de la technique du volet osseux sont :

1. emprisonner le biomatériau à l'intérieur de la cavité sinusienne, spécifiquement en présence d'une crête mince, en vue d'une implantation ultérieure optimale ;
2. éviter le contact du biomatériau avec les tissus mous, limitant ainsi une éventuelle résorption au niveau de la fenêtre d'accès au sinus ;
3. le volet repositionné joue le rôle d'une membrane biologique (autologue) se traduisant par une cicatrisation plus favorable ;
4. permet de mieux gérer un septum sinusien risquant de léser la membrane sinusienne.

À LIRE

W.J. SEONG, M. BARCZAK, J. JUNG, S. BASU, P.S. OLIN, H.J. CONRAD
Prevalence of sinus augmentation associated with maxillary posterior implants. *J. Oral Implantol.* 39, 680–688. doi:10.1563/AAID-JOI-D-10-00122 (2013)

T. TESTORI, S.S. WALLACE, M. DEL FABBRO, S. TASCHIERI, P. TRISI, M. CAPELLI, R.L. WEINSTEIN
Repair of large sinus membrane perforations using stabilized collagen barrier membranes: surgical techniques with histologic and radiographic evidence of success. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 28, 9–17. (2008)

F. TORRELLA, J. PITARCH, G. CABANES, E. ANITUA
Ultrasonic ostectomy for the surgical approach of the maxillary sinus: a technical note. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants* 13, 697–700. (1998)

T. VERCELLOTTI, S. DE PAOLI, M. NEVINS
The piezoelectric bony window osteotomy and sinus membrane elevation: introduction of a new technique for simplification of the sinus augmentation procedure. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 21, 561–567. (2001)

T. VERCELLOTTI, M.L. NEVINS, D.M. KIM, M. NEVINS, K. WADA, R.K. SCHENK, J.P. FIORELLINI
Osseous response following resective therapy with piezosurgery. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 25, 543–549. (2005)

S.S. WALLACE, Z. MAZOR, S.J. FROUM, S.C. CHO, D.P. TARNOW
Schneiderian membrane perforation rate during sinus elevation using piezosurgery: clinical results of 100 consecutive cases. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 27, 413–419. (2007)

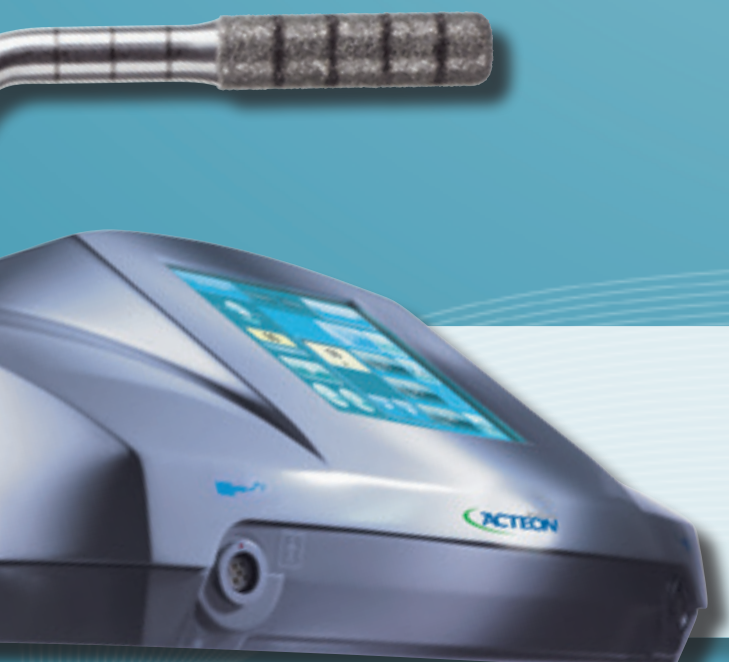
CHIRURGIE PIEZO

by SATELEC®

INTRALIFT®

Elévation du sinus par voie crestale

Technique rapide, sûre et peu invasive*



PIEZOTOME 2

Piezo.Ultrasonic.Surgery.Unit

www.piezotome.com

*J Oral Maxillofac Surg. 2014 Feb 19. pii: S0278-2391(14)00232-8. doi: 10.1016/j.joms.2014.02.021.

Ce dispositif médical est classé IIa selon la Directive Européenne applicable en vigueur. Il porte le marquage CE. Organisme notifié : LNE-GMED 0459. Ce dispositif médical pour soins dentaires est réservé aux personnels de santé ; il n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. Ce matériel a été conçu et fabriqué selon un système d'assurance qualité certifié EN ISO 13485. Lire attentivement le manuel d'utilisation disponible sur www.satelec.com/documents.
Fabricant : SATELEC (France). 1406MBLEFILDPM001

SATELEC ACTEON

A company of ACTEON Group •17 av. Gustave Eiffel • BP 30216 • 33708 MERIGNAC cedex • FRANCE
Tel + 33 (0) 556 340 607 • Fax + 33 (0) 556 349 292
E-mail : piezotome@acteongroup.com • www.piezotome.com

Apport de l'anesthésie intraosseuse pour les patients atteints de MIH

Dr Thomas TRENTESAUX
MCU-PH Odontologie pédiatrique
CHRU Lille
Université Lille 2
Droit et Santé

Dr Mathilde LAUMAILLÉ
Attachée hospitalière
Unité fonctionnelle d'Odontologiepédiatrique
CHRU Lille

Dr Marie BOROWSKI
Assistant hospitalo universitaire
Unité fonctionnelle d'Odontologie pédiatrique
CHRU Lille

Dr Émilie DEHAYNIN
Assistant hospitalo universitaire
Unité fonctionnelle d'Odontologie pédiatrique
CHRU Lille

Dr Caroline DELFOSSE
MCU-PH
Unité fonctionnelle d'Odontologie pédiatrique
CHRU Lille

Introduction

L'hypominéralisation molaire et incisive (MIH) constitue un défaut d'origine systémique atteignant une à quatre premières molaires permanentes associé ou non à une atteinte des incisives permanentes. En raison d'une inflammation pulpaire chronique, les molaires mandibulaires affectées sont très souvent réfractaires aux anesthésies locales classiques. Un recours aux anesthésies locorégionales associées ou non aux techniques de sédation est classiquement préconisé.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un système d'anesthésie à injection électronique contrôlée dans la prise en charge du MIH pour pallier aux difficultés d'anesthésie.

Matériel et méthode

22 patients âgés de 6 à 13 ans, présentant un MIH et nécessitant la réalisation d'un soin conservateur sur molaire mandibulaire sont inclus dans l'étude. Chaque patient bénéficie d'une anesthésie prémuqueuse suivie d'une injection ostéocentrale d'articaïne 1/100000ème ou 1/200000ème à l'aide du système QuickSleeper S4.

Résultats

Un silence opératoire est obtenu dans 91 % des cas. Il permet de réaliser le soin sitôt la fin de l'injection. La notion d'échec reste toutefois difficile à apprécier car l'anxiété du soin dentaire qui caractérise ces patients influence fortement leur ressenti.

Discussion

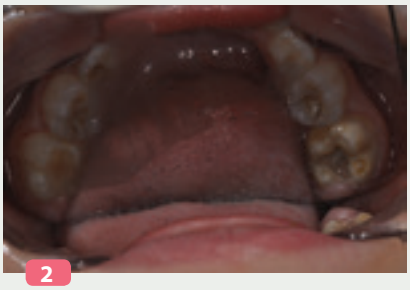
L'utilisation du système Quicksleeper S4 pour la réalisation d'une anesthésie ostéocentrale, parfois associée à une inhalation de MEOPA permet d'obtenir très rapidement un silence opératoire efficace. Cette étude montre l'intérêt de l'anesthésie ostéocentrale réalisée avec un système rotatif à injection contrôlée dans la prise en charge des MIH. Une étude sur un échantillon plus important est nécessaire pour confirmer ces résultats préliminaires.

Année de publication	Auteurs	Pays	Taille de l'échantillon	Age de l'échantillon	Prévalence du MIH
1987	Koch & coll.	Suède	2226	8 à 13 ans	3,6 à 15,4%*
2001	Jälevik & coll.	Suède	516	7,6 à 8,8 ans	18,4%
2001	Leppäniemi & coll.	Suède	488	7 à 13 ans	19,3%
2001	Weerheijm & coll.	Pays Bas	497	11 ans	9,7%
2002	Zagdwon& coll.	Angleterre	307	7 ans	18,9%
2003	Dietrich & coll.	Allemagne	2408	1 à 17 ans	5,6%
2003	Koch & coll.	Suède	1254	10 à 13 ans	4,5 à 7,4%
2005	Calcadera & coll.	Italie	227	7 à 8 ans	13,7%
2006	Fteita & coll.	Libye	369	7 à 8,9 ans	2,9%
2007	Jasulaityte & coll.	Lituanie	1277	7 à 9 ans	9,7%
2007	Muratbegovic & coll.	Bosnie Herzégovine	560	12 ans	12,3%
2008	Cho &coll.	Hong Kong	2635	12 ans	2,8%

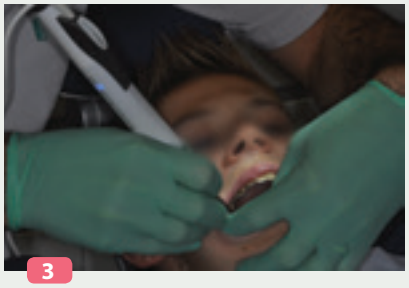
Tableau. 1 : *prévalence du MIH en fonction des études*

* selon l'année et le lieu de naissance

1



2



3

Fig. 1 : *atteinte des incisives maxillaires*
Fig. 2 : *atteinte non symétrique des molaires mandibulaires dans un contexte polycarieux*
Fig. 3 : *points d'appuis lors de l'utilisation du Quicksleeper S4 pour une anesthésie ostéocentrale en mésial de 46*

Introduction

L'hypominéralisation molaire et incisive se traduit par une atteinte qualitative et/ou quatitative d'au moins une première molaire permanente fréquemment associée à l'hypominéralisation d'une ou plusieurs incisives permanentes. La sévérité de l'expression varie beaucoup d'un patient à l'autre. Chez un même patient, les anomalies peuvent être de sévérité variable pour un même type de dent. La prévalence varie de 3 à 20 % en fonction des études et du lieu de résidence des patients Tableau 1. Elle est en hausse constante. Les étiologies ne sont pas encore clairement définies mais font intervenir des facteurs multiples (événements périnataux (accouchements difficiles, maladies de la petite enfance, prise d'antibiotiques…), exposition à des polluants environnementaux (dioxine, bisphénol…), pathologies chroniques…). Cliniquement, les dents présentent des colorations blanches ou brunes opaques sur une partie ou toute la surface de la dent Fig. 1. Cette atteinte peut être légère (émail blanc, opaque), modérée (coloration jaune, brune, surface crayeuse), ou sévère (atteintes associées à des pertes de substances importantes). Le diagnostic différentiel se fait avec des pathologies telles que l'amélogénèse imparfaite qui touche l'ensemble des dents des deux dentures ou encore des étiologies locales (altération du germe suite à un traumatisme ou une infection de la dent lactéale susjacente). Histologiquement, l'émail est moins minéralisé et la charge protéique augmentée (jusque 80 fois plus importante sur des défauts bruns). L'émail rugueux constitue un facteur de rétention de plaque et explique le développement rapide de lésions carieuses. Ces dents présentent également une inflammation chronique du fait de l'exposition massive des tubulis. Le patient présente des douleurs spontanées ou provoquées. L'hypersensibilité rend le brossage difficile, ce qui renforce le risque carieux. Etant donné la grande fragilité de l'émail, cette pathologie doit être prise en charge le plus précocement possible (dès l'émergence des pointes cuspidiennes) pour éviter les pertes de substances étendues. Ceci implique des visites dès le plus jeune âge chez le chirurgien-dentiste et la formation des professionnels pour le dépistage de ces lésions qui ne sont pas de simples lésions carieuses. En effet, de nombreux patients développent une anxiété suite à des soins réalisés sans que le praticien ait tenu compte des particularités de ce type de lésion, notamment les difficultés d'anesthésie. En effet, les anesthésies classiques (périapicales, intraligamentaires…) sont insuffisantes pour obtenir un silence opératoire. Seule une anesthésie locorégionale permet de l'obtenir. Pour autant, elle présente un certain nombre d'inconvénients : difficulté de réalisation chez les enfants peu coopérants, variations anatomiques, temps augmenté de la durée d'anesthésie des parties molles…

Dès lors, les anesthésies intra-osseuses semblent présenter une alternative efficace pour obtenir un silence opératoire tout en évitant les inconvénients des anesthésies locorégionales.

Matériel et méthode

22 patients âgés de 6 à 13 ans sont inclus dans l'étude. Ils présentent un syndrome MIH avec atteinte d'au moins une molaire mandibulaire nécessitant un acte restaurateur. Les dents maxillaires présentant un MIH et nécessitant un soin conservateur sont exclues de l'étude car une anesthésie périapicale classique peut suffire même si l'anesthésie ostéocentrale permet d'obtenir un silence opératoire immédiat. L'enfant et ses parents sont informés des conséquences d'un MIH sur les difficultés de l'anesthésie. Une anesthésie à l'aide du Quicksleeper S4 de Dental Hi Tec® est proposée et expliquée. Une aiguille DHT de 16 mm et de diamètre 30/100 est utilisée. La solution anesthésique contient de l'articaïne et un vasoconstricteur dosé à 1/100 000 ou 1/200000 en fonction de l'opérateur. L'anesthésie est réalisée. Elle consiste en une anesthésie prémuqueuse avec une orientation de l'aiguille à 20° par rapport à la muqueuse Fig. 4-12. Quelques gouttes de solution anesthésique suffisent à faire blanchir la gencive attachée. L'aiguille est ensuite positionnée au niveau de la papille préalablement anesthésiée afin de réaliser une anesthésie ostéocentrale. L'aiguille est orientée avec un angle de 30 à 45° en position vestibulolinguale. Parfois, l'angle est augmenté pour tenir compte des contraintes de l'environnement local Fig. 6-7-13. L'aiguille est mise en rotation afin de pénétrer l'os cortical puis l'os spongieux. L'injection est réalisée puis l'aiguille est retirée délicatement.

Résultats

La moyenne d'âge des patients est de 7,25 ans. Les dents concernées sont réparties en 12 premières molaires permanentes mandibulaires gauches (36) et 10 premières molaires permanentes mandibulaires droites (46). Les patients concernés ont été inclus après au minimum un échec d'anesthésie autre qu'une anesthésie intra-osseuse. Ces patients présentent souvent une forte anxiété et pour 11 d'entre eux, une sédation consciente par inhalation de MEOPA est associée à l'anesthésie intra-osseuse. Une rotation de l'aiguille est suffisante dans 8 cas. Deux rotations ont été nécessaires dans 13 cas, et trois pour un cas. L'aiguille a été obstruée dans 4 cas mais le changement d'aiguille n'a été nécessaire qu'une fois. La quantité moyenne d'anesthésie est de 0,78 cartouche (contenance de la cartouche : 1,8 ml). Le silence opératoire est obtenu dans 20 cas.

> > >

Apport de l'anesthésie intraosseuse **pour les patients atteints de MIH** (suite)

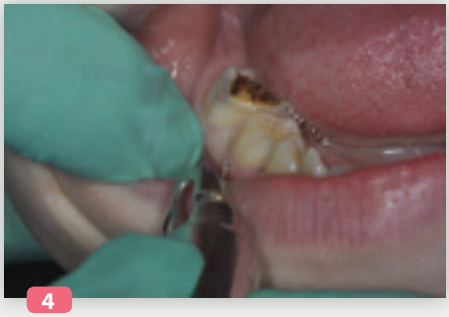
Discussion

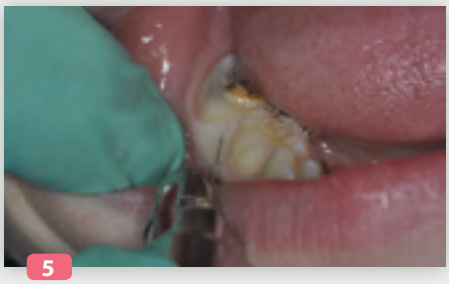
Les hypersensibilités sont fréquemment rencontrées chez les patients présentant un syndrome MIH. Les mesures d'hygiène bucco-dentaire sont difficiles à mettre en place et le risque carieux individuel augmente rapidement. Ces patients se présentent donc avec des lésions souvent importantes après des échecs de soins répétés et une anxiété importante, ce qui a justifié le recours au MEOPA pour 11 séances. La réalisation d'une préanesthésie muqueuse permet ensuite une pénétration indolore de l'aiguille dans la majorité des cas lors de la perforation osseuse. Chez l'enfant, la rotation est souvent inutile en dessous de 7 ans du fait de la porosité de l'os. Après 7 ans, une à deux rotations suffisent pour pénétrer la corticale osseuse. Le ressenti des patients est très bon dès lors que la sensation et le bruit occasionné par la rotation de l'aiguille lui sont expliqués. L'aiguille a été obstruée dans 4 cas. Cette obstruction s'explique par l'interposition de débris osseux lors de la rotation. Leur élimination lors de l'injection peut créer une douleur fugace. En cas de blocage et d'impossibilité d'injecter, le changement de l'aiguille s'impose. Lors de l'injection, il est parfois possible que le patient ressente une accélération cardiaque. Le silence opératoire est obtenu de manière immédiate et permet de démarrer l'acte directement. Une insensibilité labio-mentonnière (signe de Vincent) est observée de manière inconstante. Par contre, le patient présente toujours une sensation de « dent dure » en intercuspidie maximale. L'anesthésie des tissus mous est très limitée lors d'une anesthésie intra-osseuse, ce qui réduit le risque de morsure per et postopératoire.

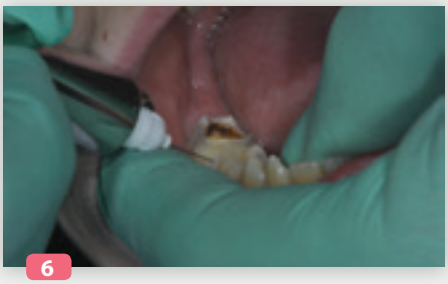
Cette technique d'anesthésie permet d'obtenir un très bon taux de succès. Les échecs sont relatifs et sont plus à mettre en relation avec l'anxiété importante des 2 patients qui avaient des difficultés à différencier douleur et ressenti. Par mesure de prudence, la séance a tout de même été reportée. L'utilisation du système Quicksleeper nécessite un léger apprentissage afin d'adopter les bonnes positions de travail et d'injecter en toute sécurité. La réalisation d'une radiographie préopératoire est également indispensable. Elle permet de vérifier la quantité d'os, l'espace interdentaire, et la qualité de l'os. L'injection ne doit pas être réalisée en terrain inflammatoire.

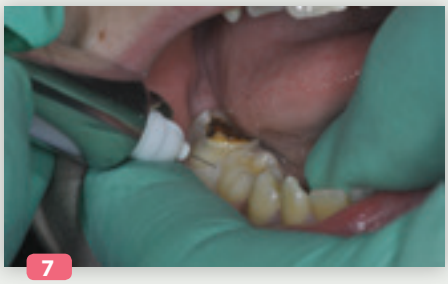
Cas clinique 1

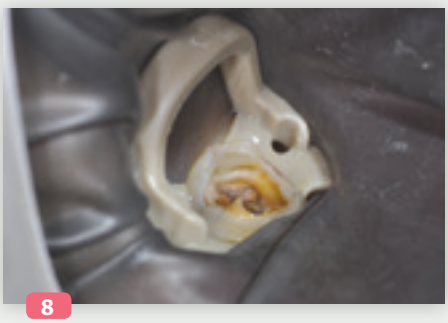
David est âgé de 10 ans. Il présente un MIH avec une atteinte sévère de la 46 et des douleurs provoquées. L'anesthésie prémuqueuse permet d'obtenir en quelques secondes un blanchiment de la muqueuse. L'injection ostéocentrale est ensuite réalisée avec un angle supérieur à 45° pour tenir compte de la présence de la racine distale de la 85. L'aiguille est enfoncée progressivement après perforation de la corticale (2 rotations ont été nécessaire). Une marge de sécurité nous oblige à ne pas enfoncer totalement l'aiguille pour pouvoir la retirer en cas de fracture. Au total, 3 quarts de cartouche sont injectés. Le silence opératoire est obtenu de manière immédiate. Le champ opératoire est posé et le curetage de la lésion carieuse peut démarrer d'emblée. Après éviction totale des tissus cariés, un Fuji Triage (GC) est posé en protection pulpaire suivi d'une reconstitution au Fuji Equia (GC) dans l'attente d'une restauration indirecte.


4


5


6


7


8

9

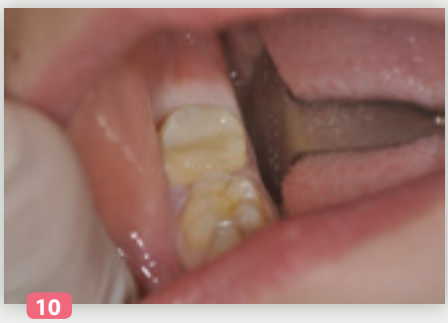

10

Fig. 4 : *anesthésie prémuqueuse*
Fig. 5 : *blanchiment de la muqueuse après quelques secondes*
Fig. 8 : *pose du champ opératoire et début du curetage carieux*

Fig. 6 : *perforation de la corticale osseuse*
Fig. 9 : *mise en place de Fuji Triage (GC®) en fond de cavité*

Fig. 7 : *injection de la solution anesthésique*
Fig. 10 : *restauration de temporisation (Fuji Equia - GC®)*

> > >

NCD FRANCE

Ouvert toute l'année

NOUVEAU envoi de vos fichiers STL directement sur : labo@ncdfrance.com

Laboratoire de prothèses dentaires

Plus efficace, plus précis, plus réactif

Si notre réussite repose avant tout sur la compétence de nos équipes, elle s'explique aussi par notre parfaite maîtrise des nouvelles technologies.
Notre extrême vigilance dans la sélection de nos fournisseurs et de nos partenaires nous permet de vous garantir des produits de haute qualité (respect des normes CE et ISO).

Couronne Céramo-métallique
61.67 €

Couronne Coulée
29.73 €

Stellite
114.82 €

Appareil Résine Flexite
135.47 €

Zircone
115.30 €

01 60 03 70 22
Horaires : du lundi au vendredi de 9h à 19h sans interruption

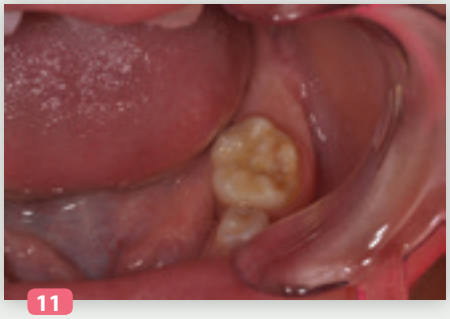
Frais de port partout en France
GRATUIT

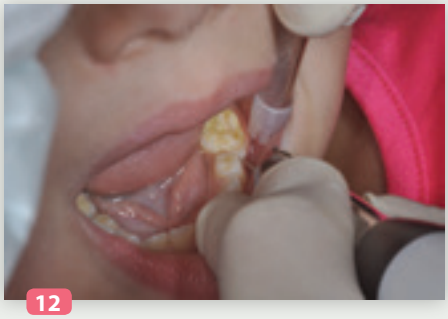
NCD FRANCE - 11, avenue Jean Monnet - 77270 Villeparisis - Fax : 01 60 03 43 48

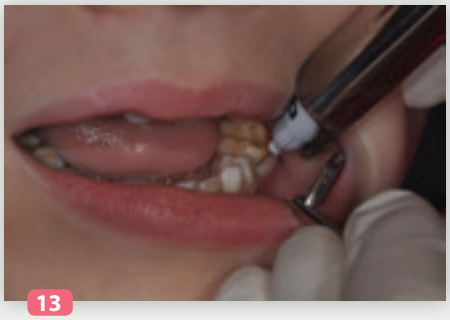
Apport de l'anesthésie intraosseuse **pour les patients atteints de MIH** (suite)

Cas clinique 2

Claire, 8 ans, présente un MIH avec une atteinte carieuse des faces occluso-vestibulaires de la 36. L'anesthésie prémuqueuse est réalisée dans la papille mésiale suivie d'une injection ostéocentrale. Une seule rotation permet de perforer la corticale. Le champ opératoire est posé. Après éviction carieuse, un composite permet une restauration esthétique et fonctionnelle.


11


12


13

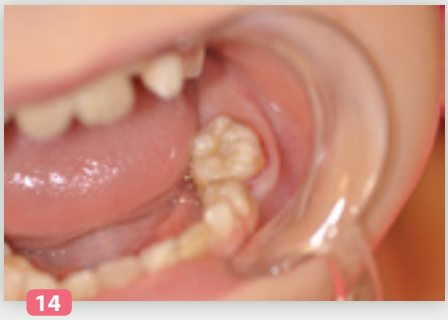

14

Fig. 11 : *atteinte carieuse sur une 36 présentant lésions de MIH*
Fig. 13 : *anesthésie ostéocentrale en mésial de 36*

Fig. 12 : *anesthésie prémuqueuse en mésial de 36*
Fig. 14 : *finition de la restauration composite après dépose du champ opératoire*

Conclusion

L'utilisation du système Quicksleeper permet la réalisation d'anesthésie intraosseuse chez des patients souffrant de syndrome MIH. Le succès est obtenu dans 9 cas sur 10. L'obtention d'un silence opératoire immédiat permet la réalisation des soins dans la séance et la remise en confiance des enfants particulièrement anxieux après des échecs de soins répétés. Cette étude préliminaire est donc encourageante mais les résultats doivent être confirmés par la réalisation d'une étude plus importante.

À LIRE

BENEITO-BROTONS R, PENARROCHA-OTRA D, ATA-ALI J ET AL.
Intraosseous anesthesia with solution injection controlled by a computerized system versus conventional oral anesthesia: a preliminary study. *Med Oral Pathol Oral Chir Bucc. 2012*; 1; 17(3): e426-9.

JEDEON K, DE LA DURE-MOLLA M, BROOKES S.J. ET AL.
Enamel defects reflect perinatal exposure to bisphenol A. *The American J of Pathol. 2013* ; 183(1): 108-118.

LYGIDAKIS N.A.
Treatment modalities in children with teeth affected by molar-incisor enamel hypomineralisation (MIH): a systematic review. *Eur Arch Paed Dent. 2010* ; 11(2): 65-74.

NOIRRIT-ESCLASSAN E, DOMINÉ S, VERGNES J-N.
Anesthésie intra-diploïque chez l'enfant : quelles conséquences sur la fréquence cardiaque ? *Clinic. 2013* ;

ÖZER S, YALTIRIK M, KIRLI I, YARGIC I.
A comparative evaluation of pain and aniety levels in 2 different anesthesia techniques: locoregional anesthesia using conventional syringe versus intraosseous anesthesia using a computer-controlled system (Quicksleeper). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012 Nov; 114 (5suppl)*: S132-9.

SIXOU J-L, BARBOSA-ROGIER ME.
Efficacity of intra-osseous injections of anesthetic in children and adolescents. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Implant Endod 2008*; 106 173-178.

SIXOU J-L, MARIE COUSIN A, HUET A. ET AL.
Pain assessment by children and adolescents during intraosseous anaesthesia using a computerized system (Quicksleeper). *Int J Paediatr Dent. 2009*; 19(5): 360-6.

La technique du comblement

sous-sinusien par voie crestale a 20 ans !

Dr Éric NORMAND
Ancien assistant hospitalier-universitaire
Parodontologie-Implantologie exclusives (Bordeaux)

Problématique

Le manque de volume osseux dans les régions sous-sinusiennes constitue souvent un obstacle à la pose d'implants dentaires. Malgré l'existence d'implants courts, certains cas ne pourront être résolus sans une augmentation osseuse.

La littérature scientifique et professionnelle relate plusieurs techniques. Summers a publié ses premiers articles sur le sujet il y a 20 ans.

Cette fiche pratique se propose de vous donner, pas à pas, une technique d'élévation sous-sinusienne par voie crestale, ou technique de « Summers » modifiée. La difficulté réside dans le fait qu'elle est aveugle, et que le passage d'une corticale très solide à une membrane très fragile doit se faire avec beaucoup de tact. Elle requiert une courbe d'apprentissage lente pour arriver à d'excellents résultats.

Examen clinique et tomographie

Espace interarcades suffisant

Sur la tomographie : hauteur minimale d'os disponible 4 mm, jusqu'à 9 mm (ou moins si on pose un implant court) **Fig. 1**.

Largeur d'os disponible : au moins 1 mm de chaque côté de l'implant.

Evaluation de l'épaisseur de la corticale occlusale, de la densité osseuse et de l'épaisseur de la corticale du plancher sinusien.

Présence ou non de septum osseux intra-sinusien

Technique

L'élévation du lambeau pour accéder à la crête osseuse respecte les règles habituelles.

Accès à la membrane de Schneider :

- Si la corticale sous-sinusienne est épaisse, utilisation du protocole de forage de son système implantaire à vitesse réduite jusqu'à toucher cette corticale.

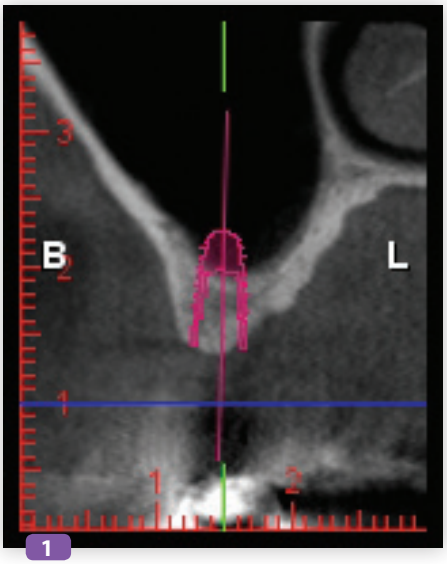
  Dérouler alors toute la séquence instrumentale, jusqu'au foret terminal, en venant en butée sur la corticale. Si celle-ci est très épaisse, l'affiner délicatement avec le foret terminal afin que l'ostéotome **Fig. 2** l'emporte facilement, avec des coups de maillet nets et maîtrisés. Attention à ne pas taper trop fort afin d'éviter des lésions des régions adjacentes dues à des vibrations trop fortes (oreilles, yeux, …). Le franchissement du plancher sous-sinusien donne un bruit et une sensation caractéristiques : le son est d'abord très mat et clair, et l'on ressent une résistance. Au franchissement, le son devient creux et la vibration beaucoup moins forte.

- Si la corticale sous-sinusienne est fine, franchir la corticale occlusale avec le foret pilote puis continuer avec la séquence d'ostéotomes, jusqu'à la longueur mesurée sur la tomographie. Attention, le franchissement du plancher sous-sinusien se fait parfois de manière insensible dans ce cas.

Utiliser ensuite dans les deux cas toute la séquence d'ostéotomes pour arriver au diamètre de l'implant, préférablement celle du fabricant de l'implant qui l'aura correctement calibrée. À ce stade, les ostéotomes ne dépassent pas la hauteur osseuse de plus d'un millimètre. Le fait d'élargir jusqu'au dernier ostéotome permet de mettre ensuite en place le matériau plus rapidement et de manière plus homogène.

L'intégrité de la membrane de Schneider est vérifiée en réalisant la manoeuvre de Valsalva : on bouche une narine du patient puis les deux en lui demandant de souffler très doucement dans le nez. L'absence de bulle au niveau du puits de forage montre le succès de la procédure. Dans de très rares cas, la présence de bulles montre une perforation, qui induit un report de la procédure d'au moins 3 semaines.

> > >



1

Fig. 1 : *plannification*

2

Fig. 2 : *ostétotome concave*

La technique du comblement
sous-sinusien par voie crestale a 20 ans ! (Suite)

Certains fabricants proposent des kits de forage spécifiques pour les élévation par voie crestale, rotatifs ou à ultrasons (Acteon, Mectron). Par exemple le système intralift (Satelec) va permettre de forer aux ultrasons puis d'élever la membrane avec du sérum physiologique activé par les ultrasons (**Fig. 3** - Cet insert terminal peut être utilisé seul en combinaison avec des ostéotomes), ce qui a pour objectif de réduire les risque de déchirure (voir leur protocole).

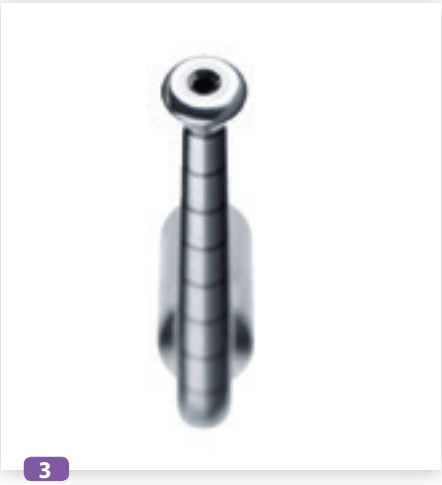


Fig. 3 : *Insert TKW5*

Élévation de la membrane

Elle se fait seulement avec les ostéotomes, sans ajout de biomatériaux, si la hauteur d'os à gagner est inférieure à 2 mm. Au-delà, elle se réalise en poussant progressivement le matériau de comblement à l'intérieur du puits de forage.

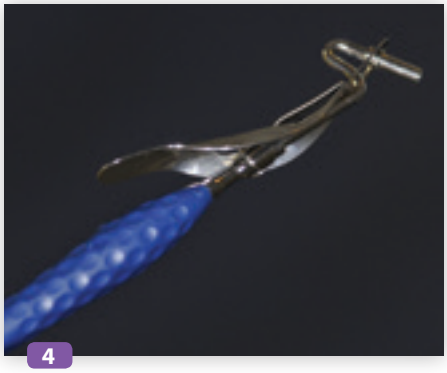


Fig. 4 : *porte matériau*

Celui-ci est d'abord placé sur le site (soit à l'aide des seringues fournies avec celui-ci, soit à l'aide d'instruments spécifiques, type porte-amalgame redessiné pour la chirurgie - **Fig. 4**), puis poussé délicatement sous la membrane avec l'avant-dernier ostéotome. L'utilisation délicate du maillet permet de sécuriser cette phase.

L'avant dernier ostéotome est progressivement amené à la longueur de l'implant, poussant ainsi le matériau dans sa position définitive.

La quantité de matériau est proportionnelle à l'élévation désirée. On compte 1 mm d'élévation par remplissage du puits de forage.

Préparation terminale et mise en place de l'implant

Passage du foret terminal à la longueur de l'implant moins 2 mm. On utilisera systématiquement un implant conique, le risque de voir celui-ci passer dans le sinus étant moindre qu'avec un implant cylindrique, surtout lorsque l'os est peu dense.

Le passage du foret terminal a deux objectifs :

- éliminer le matériau de comblement qui pourrait s'interposer entre os et implant ;
- calibrer la forme du forage au niveau de la corticale sous-sinusienne. En effet, en cas de sous-forage trop important, une compression de celle-ci par l'implant est extrêmement douloureuse.

L'implant est mis en place avec un couple maximum de 40 N.cm.

Une radio postopératoire permet de contrôler la bonne réalisation de la procédure.

En cas de doute, si par exemple le comblement est invisible sur la radio rétroalvéolaire à cause d'une densité osseuse trop importante, on peut procéder à une tomographie de contrôle **Fig. 5**.

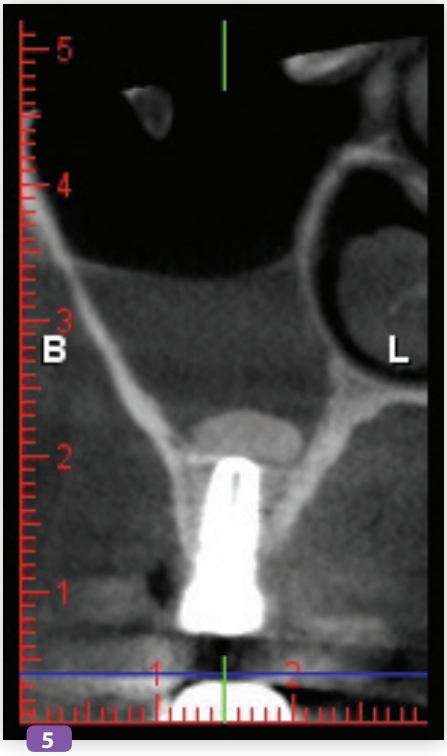


Fig. 5 : *contrôle tomographique. Noter l'épaississement post-chirurgical de la membrane.*

Conseils postopératoires

On ajoute aux conseils postopératoires d'usage le fait que des saignements de nez et/ou une évacuation de granules de biomatériaux peuvent apparaître à distance de l'intervention. Ils ne doivent pas inquiéter le patient mais doivent être signalés.

Une nouvelle radio est prise 6 mois après l'intervention, avec la validation d'usage de l'ostéointégration. ●

CONCLUSION

La maîtrise de cette technique permet de repousser la limite des indications des implants « simples ». Cette procédure permet des résultats reproductibles et fiables. Elle permet à nos patients de subir des interventions moins invasives et moins onéreuses.

Il faut cependant ne pas éviter à réaliser un volet latéral si le volume osseux est insuffisant.

Bibliographie : Summers R.B. A new concept in maxillary implant surgery. The osteotome technique. *Compend. Contin. Educ. Dent.* 1994a;15:152- 160 • **Summers R.B.** The oteotome technique: Part 3. Less invasive methods of elevating the sinus floor. *Compend. Contin. Educ. Dent.* 1994b; 15: 698-708 • **Wainwright M., Troedhan A., Kurrek A.** The IntraLiftTM: A new minimal invasive ultrasonic technique for sinus grafting procedures, *Implants magazine, Dental Tribune International,* Vol.8, Issue 3/2007.

Une avancée en CadCam :
la barre zircone

Global D est le partenaire exclusif de Panthera Dental en France et en Italie

Large gamme de barres implantaires

Barres en zircone : principaux avantages

- Une esthétique améliorée
- Une biocompatibilité absolue
- Une meilleure réponse tissulaire

Vous pouvez retrouver l'ensemble des barres implantaires disponibles sur le site internet de notre partenaire **www.pantheradental.com** : la barre Montréal, la barre fraisée, Le CopyWax…

Global D

Spécialiste dans la conception, la fabrication et la commercialisation de dispositifs médicaux dédiés à l'implantologie dentaire, à la chirurgie maxillo-faciale et à l'orthodontie.

Global D - ZI de Sacuny - BP 82 - 118 avenue Marcel Mérieux - 69530 Brignais - Tél. +33(0)4 78 56 97 00 - Fax +33(0)4 78 56 01 63 - **www.globald.com**

pub-CADACM-01-14

CCAM, devis unique, … : montrez-vous optimiste et proactif face aux changements

Dr Edmond BINHAS
Fondateur du groupe
Edmond Binhas

Notre profession est actuellement en proie à de profonds changements administratifs. Après l'arrivée du devis unique établi en juillet 2012, place maintenant à la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM) en vigueur depuis le 1er juin. Notre exercice se modernise. Face à ces changements, 2 options sont possibles : soit râler en maudissant chaque nouvel évènement soit être proactif et décider d'utiliser ces évolutions, de toute façon inéluctables, comme un challenge qui permettra au cabinet et à nous-mêmes de devenir plus forts. Vous aurez compris que je vous recommande d'adopter la seconde attitude. Appliquons cela à la CCAM et au nouveau devis.

Voilà presque deux ans que le devis unique a fait son apparition dans nos cabinets dentaires. Avec lui, nous avons dû revoir (et réapprendre) une partie importante dans la gestion administrative de notre exercice quotidien. Ses modalités d'application ont fait - et font parfois encore- débat. Or, ce devis conventionnel unique était une simple mise en bouche. A peine habitués à cette nouvelle formalité, qu'il nous faut maintenant composer avec une toute nouvelle nomenclature : la CCAM. Je comprends que cette nouvelle obligation peut susciter chez certains praticiens un sentiment d'anxiété. Pour l'omnipraticien lambda, les prises de position

Voici quatre points essentiels à garder à l'esprit pour vous montrer optimiste face au changement et proactif dans votre attitude :

n° 1 : la CCAM est l'occasion parfaite pour donner de l'information aux patients

Elle est, en effet, une bonne opportunité pour adopter une attitude pédagogique vis-à-vis de nos patients. Utilisez-la pour leur donner plus d'informations sur leur santé bucco-dentaire et les responsabiliser. Ainsi, vous améliorerez votre communication avec eux. Ce changement de nomenclature peut vous offrir la possibilité d'expliquer vos actes en détail. Puisque tout est codifié, la CCAM amène plus de transparence et peut appuyer vos explications lors de la présentation des plans de traitement. Ainsi, le patient peut se sentir plus en confiance. Voilà qui tombe à pic au vue du matraquage médiatique dont notre profession est victime. Cette « recrédibilisation » de nos traitements peut accroître la confiance des patients envers nous.

n° 2 : la CCAM donne aux omnipraticiens une nouvelle opportunité de renforcer leur approche pluridisciplinaire

La nouvelle CCAM implique une vision plus globale des plans de traitement puisqu'elle a créé des codes pour un groupement d'actes et plus seulement une approche acte par acte comme le faisait la NGAP. Elle est donc l'occasion d'accroître votre travail en équipe de pluri-spécialistes (endodontiste, parodontologiste, orthodontiste …). Je suis convaincu que l'un des éléments différentiel essentiels pour les libéraux dans le futur sera l'approche multi-disciplinaire. Voyez donc ici l'occasion pour renforcer votre approche en équipe. Développez encore plus de synergie autour du patient par une meilleure prise en charge.

n° 3 : le devis unique facilitera les relations avec les complémentaires

En effet, finis les formulaires différents selon chacune d'entre elles. Une fois paramétré votre logiciel, un seul document sera utilisé quel que soit l'organisme complémentaire payeur. Il y a, en fait, simplification du travail pour l'assistante.

n° 4 : la CCAM nous érige en véritables médecins de la bouche

D'une part, la CCAM dentaire fait partie intégrante de la CCAM médicale. De l'autre, grâce aux termes médicaux employés, elle replace notre profession comme partie intégrante du corps médical. La valeur ajoutée du métier de chirurgien-dentiste va ainsi retrouver toute sa légitimité.

Ces lignes pourraient bien en surprendre certains. Mais loin d'un optimisme béat, il montre la manière la plus pragmatique d'affronter ce nouveau challenge de la CCAM. Il souligne ô combien il est vital pour nous, chirurgiens-dentistes, de transformer les problèmes en opportunités. Même dans la situation actuelle. Même aujourd'hui.

des différents syndicats n'ont fait qu'aggraver, inutilement à mes yeux, le sentiment de complexité et de frustration. Je comprends que toute l'énergie soit mise en œuvre pour combattre des idées auxquelles on ne croit pas. Cependant, je considère qu'une fois la loi votée, il devient contre-productif de ressasser sans cesse ce qu'il aurait fallu faire ou pas. Il est plus important de s'adapter au plus vite et le plus efficacement à la nouvelle situation.

Rappelons-nous l'obligation d'affichage des honoraires en salle d'attente en 2009. Cinq années plus tard, nous avons tous intégré cette contrainte dans notre routine. Il en ira de même avec la CCAM. Même si elle semble complexe, une fois la période d'apprentissage achevée, la nouvelle nomenclature fera partie intégrante de notre exercice quotidien. Ce ne sont donc pas les événements eux-mêmes qui doivent retenir votre attention mais plutôt la manière dont vous allez devoir les gérer : avec optimisme réaliste. En effet, dans notre profession, mais également dans la vie de tous les jours, les changements sont inévitables.

Le nouveau référentiel dentaire n'est donc, en réalité, qu'un changement parmi tant d'autres, passés et à venir, au même titre que l'euro ou le devis unique. Face à son application, le chef d'entreprise dentaire a donc le choix entre deux attitudes:

Soit il décide d'agir comme si rien ne se passait, d'être passif face aux évènements et attendre un sauveur ultime. L'autre option est d'entrevoir ces changements avec un optimisme réaliste. En effet, pourquoi ne pas adopter une attitude alternative proactive en essayant de s'y adapter au maximum ? Cette évolution de référentiel marque l'occasion, en tant que leader de cabinet dentaire, de transformer les problèmes en opportunités.

Avec la CCAM, la philosophie de notre travail ne change pas dans le principe. Seule la cotation demandera des gymnastiques auxquelles je vous invite à vous préparer pour ne pas être complétement bloqués. La formation peut vous aider à franchir ce cap. Une fois les automatismes intégrés dans votre exercice quotidien, cette nouvelle classification sera pour vous … un jeu d'enfant. ●

CONTACT
Groupe Edmond Binhas
Rejoignez-nous sur notre Centre de Ressources : www.binhas.com
Institut BINHAS
Claudette - Tél. : 04 42 108 108
5 rue de Copenhague BP 20057
13742 VITROLLES CEDEX
E-mail :contact@binhas.com

Pourquoi choisir le PEA/PME-ETI ?

Catherine BEL

Parmi les nouveautés apportées par la loi de finances rectificative pour 2013, la création d'un nouveau type de PEA (Plan Epargne en Actions) : le PEA/PME.

Cette nouvelle enveloppe est intéressante à plus d'un titre. Elle permet à l'épargnant de financer de petites et moyennes sociétés familiales très souvent très bien gérées. En effet, les familles à l'origine de la création, possèdent souvent une grande partie du capital de la société et sont donc directement intéressées. C'est leur bébé…

Le PEA/PME permet en outre de participer au devenir de secteur innovants (biotechnologies, numérique, textile intelligent, énergies renouvelables, impression 3D et développement de l'hydrogène comme source d'énergie, …).

Ce sont par ailleurs ces sociétés qui créent l'essentiel des emplois. Enfin, en bourse, elles affichent très souvent sur durée longue de belles performances. Avec un peu de chance, vous détiendrez peut-être en portefeuille une pépite, pourquoi pas le futur Google…

Si l'on voit bien l'intérêt économique d'un tel dispositif, voyons également ses atouts fiscaux et ses règles de fonctionnement.

PEA/PME – Petit frère du PEA

Le PEA PME est souvent appelé « petit frère du PEA » : son fonctionnement est calqué sur celui du PEA.

Rappelons que le PEA vous permet de constituer un portefeuille titres (actions, SICAV, FCP éligibles, …) en franchise d'impôt sur le revenu à condition de détenir cette enveloppe pendant au moins 5 ans, sans retrait.

Les investissements éligibles au PEA/PME

Les titres concernés sont notamment :

- les actions, parts ou droits et autres titres assimilés émis par les sociétés employant moins de 5 000 personnes et dont le Chiffre d'Affaires annuel ne dépasse pas 1 500 millions euros ou un total de bilan de 2000 millions d'euros,
- les actions ou certificats d'investissements de sociétés et les parts de SARL et titres de capital de sociétés coopératives,

- les actions de SICAV, ou parts d'OPCVM (SICAV, FCP, FIP, FCPI, FCPR français ou européens) à condition que leur actif soit composé à 75% de titres d'entreprises éligibles au PEA PME-ETI.

Les PME et ETI cotées jouant le jeu déclarent leur éligibilité au dispositif et des listes de sociétés éligibles sont établies. Cela facilite la vie de l'investisseur qui n'a pas à se poser la question sur l'éligibilité ou non d'une société.

Les sociétés composant l'indice CAC PME sont également éligibles tout comme celles composant les SICAV ou les FCP spécialisés et éligibles à ce dispositif.

De même, vous pourrez loger les titres de votre SARL, SAS ou EURL dans un PEA PME et bénéficier des avantages fiscaux, à condition d'en détenir moins de 25 % des droits !

Comme pour le PEA, le titulaire du PEA / PME, son conjoint ou partenaire de PACS et les ascendants et descendants ne doivent pas, pendant la durée du plan, détenir ensemble, directement ou indirectement, plus de 25 % des droits dans les bénéfices de sociétés dont les titres figurent au plan ou avoir détenu cette participation à un moment donné au cours des 5 années précédant l'acquisition de ces titres dans le cadre du plan.

Fiscalité du PEA - PEA / PME

La fiscalité est la même que celle du PEA. Les dividendes, plus-values de cession ou autres produits générés par les placements sont traités de la manière suivante :

- Détention du PEA > 5 ans et < 8 ans : le gain est exonéré d'impôt sur le revenu mais soumis aux Prélèvements Sociaux.
- Détention > 8 ans : votre gain est exonéré d'impôt sur le revenu (mais pas de prélèvements sociaux). En cas de retrait partiel, le plan n'est pas clôturé mais vous ne pourrez plus effectuer de versements complémentaires.

Mais, en cas de retrait :

- avant la 2ème année de souscription du plan, clôture du plan + 22.5 % sur le gain + prélèvements sociaux de 15.5 % !
- entre le 2ème et le 5ème anniversaire du plan, clôture du plan + 19 % sur le gain + prélèvements sociaux de 15.5 % !

Vous l'aurez donc compris, en plus de son intérêt économique, la fiscalité est le point fort de ce placement ! Rappelons que désormais dans un compte titres classique, les gains sont imposés à l'impôt sur le revenu dans la tranche d'imposition + prélèvement sociaux, après application d'abattement pour année de détention (sauf pertes reportables bien sûr) ! Cela suppose donc l'immobilisme si l'on veut éviter la fiscalité, ce qui est rarement possible avec une politique de gestion de portefeuille.

> « Avec un peu de chance, vous détiendrez peut-être en portefeuille une pépite, pourquoi pas le futur Google… »

Les versements sont limités à 75 000 € pour le PEA PME et à 150 000 € pour un PEA classique. Cumulez les deux et investissez jusqu'à 225 000 € par personne en PEA/PEA PME ETI, soit 450 000 € pour un couple, si la surface de votre patrimoine est suffisante.

Parmi tous les choix d'investissements possibles dans le cadre de cette nouvelle enveloppe, une PME immobilière a attiré notre attention : gérée par un professionnel de l'immobilier spécialisé dans la transformation de bureaux (obsolètes/ vacants) en région parisienne en logements afin de les revendre. La perspective de gain est double : perception de loyers et plus-values après transformation des locaux. Bien sûr, d'autres petites pépites sont à découvrir, nous sommes à l'écoute…

Notre conseil

Si vous ne disposez pas de capitaux suffisamment importants pour permettre une diversification indispensable, préférez le PEA au PEA PME. Le PEA vous permet non seulement d'investir en PME/ETI mais également en grandes sociétés. Il permet donc une plus large diversification permettant de réduire le risque. Dans cette hypothèse, nous vous conseillons également d'avoir recours au service de professionnels avec expérience réussie qui assureront la gestion de votre portefeuille. ●

CONTACT
Patrimoine Premier
CIF réf. sous n° A043000 par la CIP assoc. agréée par l'AMF
32 avenue de Friedland • 75008 Paris
Catherine Bel
Tél. : 01 45 74 01 05
catherinebel@patrimoinepremier.com

Conclusion

Le PEA PME permet d'espérer de belles performances à long terme, à condition de faire les bons choix et d'opérer une saine diversification car ce type d'investissement comporte des risques non négligeables.

Il convient donc, tout comme le PEA, à des épargnants qui acceptent de prendre ces risques ou aux détenteurs d'un patrimoine suffisamment important et largement diversifié. L'impact sur le patrimoine d'une forte baisse des actions étant dans ce cas amorti du fait d'une allocation limitée en faveur du PEA et du PEA PME.

Tous vos rendez-vous

Parodontologie implantologie

Formation assistante dentaire : asepsie
27 JUIN 2014 ····· **à Aubagne**
Frais d'inscription : 320 €
Global D - Sandra Rosaz
Tél : 04 78 56 97 00
Fax : 04 78 56 01 63
www.globald.com

1st oral implantology world congress
2 & 3 JUILLET 2014 ····· **à Paris**
Maison de la Chimie
Colloquium
Tél : 01 44 64 15 15
oiwc2014@clq-group.com
www.oiwc-paris2014.com

Extraction, implantation, temporisation immédiate unitaire
4 & 5 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Cannes**
Dr Franck Bonnet, Pr Paul Mariani
Frais d'inscription : 865 €
FIDE
Tél : 04 93 99 99 75
contact@fide.fr
www.fide.fr

Pérennité implantaire
5 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Nantes**
9 OCTOBRE 2014 ····· **à Limoges**
23 OCTOBRE 2014 ····· **à Paris**
UFSBD
Tél : 01 44 90 93 94
formation@ufsbd.fr
www.ufsbd.fr

Actualisez votre pratique en parodontologie
11 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Brest**
25 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Strasbourg**
16 OCTOBRE 2014 ····· **à Clermont-Ferrand**
23 OCTOBRE 2014 ····· **à Reims**
UFSBD
Tél : 01 44 90 93 94
formation@ufsbd.fr
www.ufsbd.fr

Implantologie - 2 journées démo.patient
11 & 12 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Bordeaux**
Frais d'inscription : 400 €/1j - 750 €/2j
Gad Center
Cyril Gaillard
Tél : 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

Les implants DENTSPLY
18 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Clermont-Ferrand**
Dr Keller
Frais d'inscription : 300 €
UDA Faculté de Chirurgie Dentaire
Tél : 04 73 17 73 35
claudie.camus@udamail.fr
webodonto.u-clermont1.fr

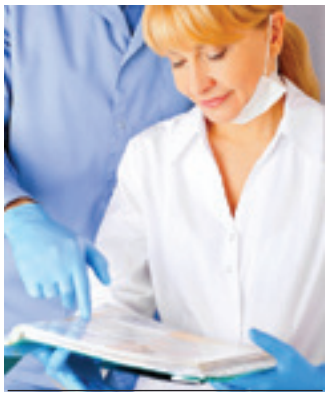
Esthétique : chirurgie et prothèse en master class implantologie
18 & 19 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Cannes**
Pr Paul Mariani,
Dr Franck Bonnet
Frais d'inscription : 2 140 € / 2 jours
FIDE
Tél : 04 93 99 99 75
contact@fide.fr
www.fide.fr

Procédures d'augmentation et aménagement des tissus mous
18 AU 20 SEPTEMBRE 2014 ····· **en Allemagne**
Pr Khoury
Frais d'inscription : 3 582 €
Dentsply
Ludivine Chatelain
Tél : 06 88 12 96 54
ludivine.chatelain@dentsply.com
www.dentsplyimplants.fr

La chirurgie plastique parodontale
19 & 20 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Lyon**
Dr Alain Borghetti
Frais d'inscription : 890 €
Clinic All - Julien Murigneux
Tél : 04 26 18 61 43
contact@clinic-all.fr

Cursus Prothèse implanto-portée : édentements complets (module 3/4)
22 & 23 SEPTEMBRE 2014 · **à Paris**
Pr P. Mariani et Drs R. Noharet, B. Cannas

Cursus Chirurgie Implantaire : l'implant et la prothèse (module 4/5)
1 & 2 OCTOBRE 2014 ····· **à Paris**
Pr P. Mariani et Drs B. Cannas, P. Limbour, T. Nguyen
Sapo Implant - Claire Vidalenc
Tél : 06.17.51.02.94
sapoimplant@gmail.com
www.sapoimplant.com



La prothèse partielle amovible... un éclairage nouveau... de nouvelles conceptions
25 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Port-Marly / Les Pyramides**
Dr Gérard Jourda
Frais d'inscription : 310 €
Acosy-FC - Dr Cyrille Joubeaux
Tél : 06 88 56 54 01
www.acosyfc.fr

Gestion des tissus péri-implantaires
25 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Clermont-Ferrand**
Dr Keller
Frais d'inscription : 300 €
UDA Faculté de Chirurgie Dentaire
Tél : 04 73 17 73 35
claudie.camus@udamail.fr
webodonto.u-clermont1.fr

Prothèse sur implant
25 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Lyon**
Clinique du parc
C.L.I.O. - M. Claire
Tél : 04 72 44 87 01
ceidp@orange.fr

Formez votre assistante dentaire en implantologie - 2 j
25 & 26 SEPTEMBRE 2014 ····· **à Sallanches**
Mme Martine Jacquart
Frais d'inscription : assistante 490 €
Anthogyr
Tél : 04 50 58 02 37
www.anthogyr.fr

Formations assistantes dentaires
2 OCTOBRE 2014 ····· **à Paris**
M. Garnier, I. Allirol
Frais d'inscription : 300 €
Dentsply - Ludivine Chatelain
Tél : 06 88 12 96 54
ludivine.chatelain@dentsply.com
www.dentsplyimplants.fr

Les traitements de l'édenté complet en implantologie : extraction et mise en charge immédiate. All on 6. on 4, quand et pourquoi ?
2 & 3 OCTOBRE 2014 ····· **à Sallanches**
Dr Damien Carrotte
Frais d'inscription : 950 €
Anthogyr
Tél : 04 50 58 02 37
www.anthogyr.fr

Chirurgie plastique parodontale
4 OCTOBRE 2014 ····· **à Lançon de Provence**
Dr Alain Borghetti
Frais d'inscription : 490 €
CFOP - Nadia Denard
Tél : 04 90 44 73 77
Fax : 04 90 42 92 61
nadia.denard@fip-group.fr
www.cfop.fr

Anthogyr - Simeda, l'association gagnante pour une solution CFAO globale.
9 OCTOBRE 2014 ····· **à Rosheim**
Dr Christophe Foresti
Frais d'inscription : 390 €
Anthogyr
Tél : 04 50 58 02 37
www.anthogyr.fr

Comprendre et maîtriser les maladies parodontales
9 OCTOBRE 2014 ····· **à Toulouse**
Dr Jacques Charon
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@acteongroup.com

Attestation d'étude en implantologie pratique et clinique
9 & 10 OCTOBRE 2014 · **à Lyon**
Clinique du parc
C.L.I.O. - M. Claire
Tél : 04 72 44 87 01
ceidp@orange.fr

Sessions de 5 jours de formation en parodontologie
13 AU 17 OCTOBRE 2014 · **à Aix-en-Provence**
Drs J. Beaulieu, M-È. Bezzina
Académie De Paro
Tél : 0320 340 447
info@academie-de-paro.com

Cycle de résidence clinique
16 OCTOBRE 2014 · **à Lyon**
Clinique du parc
C.L.I.O. - M. Claire
Tél : 04 72 44 87 01
Email : ceidp@orange.fr

Formation initiale à l'implantologie
16 & 17 OCTOBRE 2014 · **à Paris**
Pr Armand, Drs Benhamou
Dentsply
Ludivine Chatelain
Tél : 06 88 12 96 54
ludivine.chatelain@dentsply.com
www.dentsplyimplants.fr

De la planification implantaire au guide chirurgical - 2 jours
17 & 18 OCTOBRE 2014 · **à Cannes**
Dr Laurent Sers
Frais d'inscription : 650 €
Anthogyr
Tél : 04 50 58 02 37
www.anthogyr.fr

Esthétique

TP Académie du sourire : Comment élaborer vos temporaires en toute sérénité!
11 SEPTEMBRE 2014 · **à Aix-en-Provence-Continuum**
J-C. Paris, J. Richelme
Frais d'inscription : 550 €
Académie du sourire
Béatrice Bretagne
Tél : 0610378688
beatricebretagne@academie-du-sourire.com
academie-du-sourire.com

Les éclaircissements. Traitements des taches - cycle 1 - thème 3
18 SEPTEMBRE 2014 · **à Paris**
10 OCTOBRE 2014 · **à Paris**

Maîtriser les critères esthétiques du sourire - cycle 2 - thème 3
19 SEPTEMBRE 2014 · **à Paris**
Drs Gil Tirlet, Jean-Pierre Attal
GRF - Anne-Laure Simon
Tél : 01 42 53 46 82
cycle.esthetique@formationgrf.com
www.formationgrf.com

De l'esthétique à la fonction : traitement des contextes occlusaux complexes. Comment l'appliquer au quotidien ?
25 SEPTEMBRE 2014 · **à Lille**
Frais d'inscription : 250 €
Gad Center - Cyril Gaillard
Tél : 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

La réhabilitation esthétique et fonctionnelle - 2 modules 4X2 jours
26 & 27 SEPTEMBRE 2014 · **à Aix-en-Provence**
Gad Center - Cyril Gaillard
Tél : 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

Perfectionnement techniques avancées - session 1 : Adhésion et couleur (groupe 1)
9 & 10 OCTOBRE 2014 · **à Aix-en-Provence-Continuum**
J-C. Paris, A-J.Faucher
Académie du sourire
Béatrice Bretagne
Tél : 0610378688
beatricebretagne@academie-du-sourire.com
academie-du-sourire.com

Esthétique : les facettes, théorie +T.P
10 OCTOBRE 2014 · **à Paris**
Gad Center - Cyril Gaillard
Tél : 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

Omnipratique

14th world congress for Laser Dentistry
2 AU 4 JUILLET 2014 · **à Paris**
Maison de la Chimie
Colloquium
Tél : 01 44 64 15 15
oiwc2014@clq-group.com
www.oiwc-paris2014.com

Sédation consciente au MEOPA
3 & 4 JUILLET 2014 · **à Lyon**
Didier Cantie
Frais d'inscription : 950 €/Praticien, 480 €/Assistante
Clinic All - Julien Murigneux
Tél : 04 26 18 61 43
contact@clinic-all.fr

Mettre à jour vos connaissances en anesthésie. Se former aux nouvelles techniques.
3 JUILLET 2014 · **à Dax**
10 JUILLET 2014 · **à Paris**
11 SEPTEMBRE 2014 · **à Nantes**
18 SEPTEMBRE 2014 · **à Grenoble**
AFPAD - Sophie
Tél : 02 41 56 05 53
mail@afpad.com

Efficacité clinique et managériale au cabinet dentaire
18 SEPTEMBRE 2014 · **à Lille**
Hôtel Carlton
2 OCTOBRE 2014 · **à Lyon**
Espace de l'Ouest
Drs M. Abbou, N. Bellaïche, R. Zeitoun, S. Vial
Frais d'inscription : 280 €
SICT Mieux - Sophie Rodrigues
Tél : 06 95 30 85 28
contact@sictmieux.com

Conférences COEFI 2014 : journée internationale (prophylaxie, esthétique et paro-implanto)
18 SEPTEMBRE 2014 · **à Paris 12°**
Maison de la RATP
Dr Markus Beschnidt
COEFI
Tél : 06 61 20 26 55
contact@coefi.fr
www.coefi.fr

Les patients à risque au cabinet dentaire
25 SEPTEMBRE 2014 · **à Perpignan**
9 OCTOBRE 2014 · **à Biarritz**
Dr J-C. Fricain
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@acteongroup.com

Mettre à jour vos connaissances en anesthésie. Se former aux nouvelles techniques.
25 SEPTEMBRE 2014 · **à Clermont-Ferrand**
25 OCTOBRE 2014 · **à Lille**
AFPAD - Sophie
Tél : 02 41 56 05 53
Fax : 02 41 56 41 25
mail@afpad.com

Urgences médicales et réanimation
2 OCTOBRE 2014 · **à Cahors**
Dr Jacques Pouget
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@acteongroup.com

Biphosphonates et chirurgie dentaire. Soigner l'ostéoporose sans risque odonto-stomatologique
9 OCTOBRE 2014 · **à Le Chesnay EFS**
Pr P. Orcel, Dr B. Ruhin
Frais d'inscription : 310 €
ACOSY-FC - Dr Cyrille Joubeaux
Tél : 06 88 56 54 01
www.acosyfc.fr

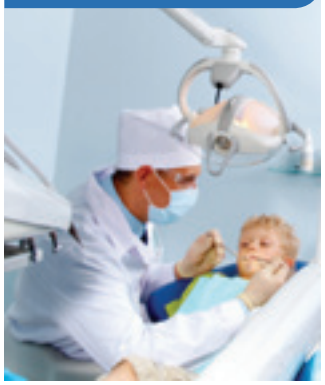
Tumeurs bénignes maxillaires, lésions muqueuses
9 OCTOBRE 2014 · **à Clermont-Ferrand**
Prs I. Barthelemy, J-M. Mondie
Frais d'inscription : 280 €
Uda Faculte De Chirurgie Dentaire
Tél : 04 73 17 73 35
claudie.camus@udamail.fr
webodonto.u-clermont1.fr

Enseignement d'homéopathie, odonto-stomatologique
9 AU 11 OCTOBRE 2014 · **à Lyon Hôtel Best Western Charlemagne**
Drs Roess, Helfenbein, Labesse, Pissoat, Rannou, Dejaune, Tillich, Vian
Frais d'inscription : 1 séminaire : 410 à 460 € - 210 € étudiant, retraité...
ANPHOS
Tél : 04 42 92 67 57
contact@anphos.fr
www.anphos.fr

Prothèses adjointes complètes
16 OCTOBRE 2014 · **à Strasbourg**
O. Hüe, M-V. Berteretche
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@acteongroup.com

Conserver plutôt qu'extraire ?
16 OCTOBRE 2014 · **à Paris 7° Maison de la Chimie**
S. Dahan, D. Nisand, F. Raux
Frais d'inscription :
245 ou 295 € /membres
325 ou 375 € Non membres
Société Odontologique de Paris
Tél : 01 42 09 29 13
Fax : 01 42 09 29 08
www.asso.fr

Pédodontie



Les examens de prévention de la femme enceinte aux enfants de 6 ans
3 JUILLET 2014 · **à Tours**
UFSBD
Tél : 01 44 90 93 94
formation@ufsbd.fr
www.ufsbd.fr

Hypnose clinique dentaire et concept de dentisterie Ericksonnienne
11 AU 13 MARS 2015 & 10 AU 12 JUIN 2015 · **à St Priest-Lyon Arseus-Actipark des Meurières**
Dr Bruno Delcombel
Bruno Delcombel Consulting
Hélène
Tél : 04 72 78 58 60
hypnosedelcombel@yahoo.fr
www.hypnothiquedentiste.fr

Orthodontie

Journées nationales de la SBR
12 AU 14 SEPTEMBRE 2014 · **à Toulouse**
SBR - Marie-Catherine Valats
Tél : + 33 6 83 32 16 27
renoux.a2@orange.fr
www.bioprog.com

Analyse architecturale & structurale crânio-faciale du Professeur Jean Delaire
25 SEPTEMBRE 2014 **à Paris 14° Novotel Paris Porte d'Orléans**
Dr Antoine Haroun
Frais d'inscription : 475 à 570 €
UNIODF - Nathalie
Tél : 06 07 03 88 10
uniodf@uniodf.org
www.uniodf.org

PSB : propulseur sans bielles
26 SEPTEMBRE 2014 **à Paris 14° Novotel Paris Porte d'Orléans**
Dr Antoine Haroun
Frais d'inscription : 475 € / membre, 570 €/non-membre
UNIODF - Nathalie
Tél : 06 07 03 88 10
uniodf@uniodf.org
www.uniodf.org

Traitement précoce du prognathisme - Stage clinique en cabinet
27 SEPTEMBRE 2014 · **à Perpignan**
Dr Jean-Louis Raymond
Frais d'inscription : 550 €
Empresa - Mlle Elisabeth Lopez
Tél : 04 68 28 68 28
Fax : 04 68 28 00 50
elisa.seminaires@orange.fr
www.orthoclusion.fr

20ème cycle de formation en orthodontie
9 AU 11 OCTOBRE 2014 **à Paris 14° Novotel Paris Porte d'Orléans**
Drs Bernadat, Henrionnet, Marchand
UNIODF - Nathalie
Tél : 06 07 03 88 10
uniodf@uniodf.org
www.uniodf.org

Formation en orthodontie pour omnipraticien
16 AU 19 OCTOBRE 2014 · **à Paris 2° Avilis 20, rue Bauchaumont**
CISCO
Tél : 02 98 44 56 83
contact@cisco-ortho.com
www.cisco-ortho.com

Qualité

Mettre en place les traçabilités au cabinet dentaire
3 JUILLET 2014 · **à Paris**
3 JUILLET 2014 · **à Toulouse**
UFSBD
Tél : 01 44 90 93 94
formation@ufsbd.fr
www.ufsbd.fr

Divers

Prescription médicamenteuse en médecine bucco-dentaire : comment prescrire au mieux ?
3 JUILLET 2014 · **à Perpignan**
UFSBD
Tél : 01 44 90 93 94
formation@ufsbd.fr
www.ufsbd.fr

Exercer à plusieurs sereinement - séminaire 2 de 2 jours
17 & 18 SEPTEMBRE 2014 · **à Paris Hôtel Méditel Montparnasse**
Drs B. Guitton, R. Bessis
Frais d'inscription : 1 690 € / praticien - 1 190 € / assistante
Les Compagnons Dentaires
Dr Bertrand Guitton
Tél : 02 40 28 60 02
bcguit2@icloud.com
www.lescompagnonsdentaire.fr

Hypnose médicale dentaire et techniques de communication Ericksonniennes
18 AU 20 SEPTEMBRE 2014 **à Paris**
2 AU 4 OCTOBRE 2014 · **à Marseille**
Drs C. Parodi, K. Kaiser, Mr Y. Halfon
A.F.H.D.
Tél : 06 25 51 65 72
Fax : + 32 87 65 62 38
info@hypnoteeth.com
www.hypnoteeth.com

Hypnose dentaire
2 AU 4 OCTOBRE 2014 · **à Paris 10° I.F.H.**
Drs P-H. Mambourg, N. Uziel
Frais d'inscription : NC
Institut Français d'Hypnose
Tél : 01 42 51 68 84
contact@ifh.fr
www.hypnose.fr/nos-formations/formation-hypnose-dentiste

Attestation Universitaire

PRATIQUE DE CHIRURGIE AVANCÉE SUR PIÈCES HUMAINES

CYCLE : 1/2 JOURNÉE + 1 JOURNÉE

Sous la direction de Georges KHOURY, Rufino FELIZARDO

et la collaboration de Patrick MISSIKA

FORMATIONS CONTINUES POST-UNIVERSITAIRES GARANCIERE 2014-2015

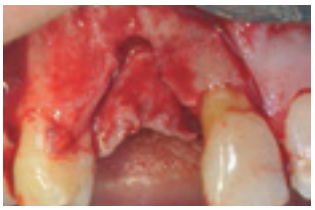
Objectifs & Méthodes Pédagogiques

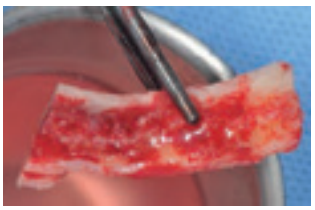
Ces Travaux Pratiques s'adressent en priorité aux praticiens possédant une bonne expérience en Implantologie et ayant de préférence suivi une formation pratique de chirurgie avancée sur modèle animal.

Mardi 10 février 2015 [après-midi]

Séance préliminaire : 14 h 00 - 17 h 30

- Comblement sous-sinusien
  Prélèvements latéro-molaire et symphysaire
  Ostéotomies :
  Georges KHOURY
- Evaluation des risques anatomiques associés :
  Rufino FELIZARDO
- Aspect médico-légal -
  Responsabilité en chirurgie reconstructrice :
  Patrick MISSIKA

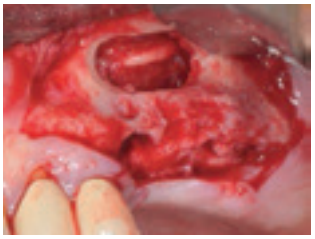




Mercredi 11 février 2015

Pratique chirurgicale : 9 h 00 - 17 h 30

Cette journée permettra à chaque participant de réaliser les interventions présentées la veille et de se familiariser à l'utilisation de matériel chirurgical spécifique (piezotomes, matériaux de comblement, matériel d'ostéosynthèse, distracteur).



Les structures anatomiques en rapport avec les sites chirurgicaux seront exposées par dissection.

- Comblement sous-sinusien
- Prélèvement mentonnier
- Prélèvement latéro-molaire
- Ostéotomies

Participants

Nombre de places limité

La participation à cette journée nécessite impérativement de fournir la preuve d'une sérologie récente (moins de 2 ans), attestant de la présence d'anti-corps anti-HBs.

Lieu

Séance préliminaire :
Faculté de Chirurgie Dentaire
5 rue Garancière - 75006 Paris

Pratique chirurgicale :
Institut d'Anatomie
des Saints-Pères
45 rue des Saints-Pères
75006 Paris

Validation

Attestation Universitaire de Pratique de Chirurgie Avancée sur pièces humaines

Droits d'Inscription

1500 €
+ 15 € *(assurance obligatoire)*

Renseignements & Inscriptions : Pascale GARNIER • Tél. 01 43 29 37 65 • garanciere@auog.fr *[demande d'inscription page 26]*

PETITES ANNONCES

OFFERT

Sans supplément
votre annonce paraîtra
sur notre site
www.lefildentaire.com

OFFRES D'EMPLOI

Divers

FRANCE ENTIÈRE

Dans le cadre du développement de son pôle commercial, le laboratoire Protilab recrute des **Délégués médicaux H/F** dans toute la France

Vous aurez pour mission principale de réaliser des actions d'information et de communication auprès des chirurgiens-dentistes afin de contribuer au développement du chiffre d'affaires des produits promus sur ce secteur et assurer ainsi la notoriété du laboratoire auprès de ses clients.

Compétences requises :

• Doté d'une bonne capacité de prise de parole et de communication en public

• Autonome, dynamique

• Une connaissance de la prothèse dentaire serait appréciée

Votre profil :

Diplôme de visite médicale ou un diplôme médical (Bac + 2 à Bac + 4) et/ou justifier d'une première expérience commerciale dans le domaine.

Poste à pourvoir rapidement / Salaire : Fixe (selon expérience) + variables

CV et lettre de motivation à **carrière@protilab.com**

N°14/94/OFD/1304

CABINET DENTAIRE

Ventes

15 - CANTAL

Cède cabinet campagne, omnipratique un jour et demi - bon potentiel, bail cessible -

Tél : 06 11 88 44 38

N°14/94/CA/1296

DIVERS

24 - DORDOGNE

Vends maison ensoleillée sur coteaux 1990 près Lamothe-Montravel 10km S^{t} Émilion 1km SNCF 20mn TGV. 5 pièces 82m² + 70m² buanderie aménageables, terrain clos 9291m² toit refait 2011 DPE D.
168 000 € raisonnablement négociable

Tél. : 01 42 05 72 87

N°14/94/DI/1298

62 - ARRAS

Achète toutes régions, table tournante, vitrine métal dentaire même abîmée années 50.

Tél. : 06 68 86 07 36

N°14/94/DI/1300

Comment passer une annonce

Choisissez votre rubrique

RUBRIQUES	Tarif normal par ligne	Tarif dégressif* par ligne	Nombre de lignes	Nombre de parutions	Total
☐ Cabinet Vente/Achat/Loc	10 €	9 €	x	x	=
☐ Association	10 €	9 €	x	x	=
☐ Création	10 €	9 €	x	x	=
☐ Labo Vente/Achat/Loc	10 €	9 €	x	x	=
☐ Offre d'emploi	9 €	8 €	x	x	=
☐ Demande d'emploi	4,5 €	3,5 €	x	x	=
☐ Matériel spécialisé	14 €	13 €	x	x	=
☐ Divers	14 €	13 €	x	x	=
☐ Villégiatures	14 €	13 €	x	x	=
☐ Particulier	20 €	19 €	x	x	=

**3 parutions successives ou plus*

AUTRES SERVICES	Tarif			Nombre de parutions	Total
☐ Domiciliation	15 €			x	=
☐ Forfait photo	45 €			x	=
☐ Fond couleur	15 €			x	=
☐ Encadré	15 €			x	=

Total

Ou l'une des 4 formules suivantes

Formule 1 > 65 €
5,7 cm x 4 cm

Votre annonce de 5 lignes maximum, encadrée avec fond de couleur

Formule 2 > 85 €
5,7 cm x 5,5 cm

Votre annonce de 8 lignes maximum, encadrée avec fond de couleur

Formule 3 > 140 €
10,8 cm x 4 cm

Photo 2,5 x 2,5 cm

Votre annonce de 5 lignes maximum, encadrée avec fond de couleur + votre photo offerte

Formule 4 > 220 €
10,8 cm x 5,5 cm

Photo 3 x 4 cm

Votre annonce de 8 lignes maximum, encadrée avec fond de couleur + votre photo offerte

☐ Formule 1 .. 65 €
☐ Formule 2... 85 €
☐ Formule 3.. 140 €
☐ Formule 4.. 220 €

Dates de parution
☐ Septembre 2014
☐ Octobre 2014
☐ Novembre 2014
☐ Décembre 2014
Autres dates : .....

3 formules successives = -10%

Total

Joindre le texte de votre annonce sur papier libre (30 caractères / ligne, espaces compris) en indiquant vos coordonnées complètes (poste, tél., fax, mail).

À renvoyer avec votre règlement par chèque à :

Le Fil Dentaire – PA, 95 rue de Boissy
94370 Sucy-en-Brie

Les Mardis de Protilab

vous invite au

WEBINAR SPÉCIAL CONDOR®
intra oral scanner

Mardi 24 juin 2014 à 20 h,
participez à la
1ère prise d'empreinte optique en live et en bouche !

EXCLUSIVITÉ MONDIALE

Interventions du Pr.
François DURET

Animation par Dr.
Jean-luc BERRUET

INSCRIVEZ-VOUS À

www.lesmardisdeprotilab.com

et participez à cet événement exceptionnel !

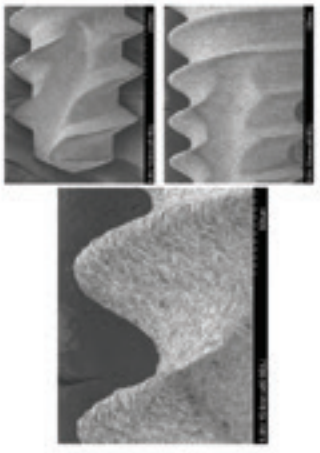
Tel : 01.48.05.71.88
www.safeimplant.fr

Safe
IMPLANT
Ensemble démocratisons l'implantologie

IMPLANT (SHARK OU REGULAR) + PILIER & TRANSFERT + VIS DE CICATRISATION + VIS DE COUVERTURE =

99 €

sans contrainte de quantité



REGULAR

SHARK

SAFE
C +
...

Offre valable jusqu'au 30 / 7 / 2014